

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME UNIVERSITAIRE)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE MÂLE

Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris

Interne des Asiles de la Seine

Né à Charolles (Saône-et-Loire), le 11 Octobre 1900

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU RÔLE
DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS
DANS L'ÉTIOLOGIE
DES TROUBLES MENTAUX
DE L'ENFANCE

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Mâle

ANNÉE 1927

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME UNIVERSITAIRE)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE MÂLE

Ancien Interne pr. des Hôpitaux de Paris

Interne des Asiles de la Seine

Né à Charolles (Saône-et-Loire), le 11 Octobre 1900

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU RÔLE
DE L'HÉRÉDO-SYPHILIS
DANS L'ETIOLOGIE
DES TROUBLES MENTAUX
DE L'ENFANCE

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Clinique médicale.	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIERE.
	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	HOVELACQUE.	Anatomie.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BASSET.	Pathologie chirurgi- cale.	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgi- cale.
BINET	Physiologie.	LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	LHERMITTE.	Pathologie mentale.
CADENAT.	Pathologie chirurgi- cale	LIAN.	Pathologie médicale.
CHAMPY.	Histologie.	MATHIEU.	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY.	Pathologie médicale.	METZGER.	Obstétrique.
CLERC.	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ.	Hygiène.	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG.	Anatomie pathologi- que.	MULON.	Histologie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT.	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils.	Physiologie.
FIESSINGER.	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
FOIX.	Pathologie médicale.	VERNE.	Histologie.
GARNIER.	Pathologie expéri- mentale.	VELTER.	Ophthalmologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.		
HEITZ-BOYER.	Urologie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT.	Pathologie médicale.	RETTNERER.	Histologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	TANON.	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉPER.	Clinique médicale.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT.	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER.	Clinique obstétricale.	RIBIERRE	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
		VILLARET.	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.	
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

En témoignage de mon admiration.

A MA MÈRE

A MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

MÉDECIN DES HOPITAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Hommage de ma profonde
admiration.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

LE PROFESSEUR HARTMANN (1918-1919)

LE DOCTEUR OETTINGER (1919-1920) *in memoriam*)

Externat

LE PROFESSEUR H. CLAUDE (1920-1921)

LE DOCTEUR PAGNIEZ (1921)

LE DOCTEUR HARVIER (1922)

LE DOCTEUR BOLDIN (1922)

LE DOCTEUR MONIER-VINARD (1923)

LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER (1923-1924)

Internat (Assistance publique)

LE DOCTEUR LOEDERICH (1924-1925)

LE DOCTEUR BRULÉ (1925-1926)

Internat provisoire des Hôpitaux

LE DOCTEUR PINARD (1926)

A MES MAÎTRES DANS LES ASILES

LE DOCTEUR TOULOUSE (1926-1927)

LE DOCTEUR TRUELLE (1927)

A MM. NOËL FIESSINGER, BINET,
MÉDECINS DES HOPITAUX

A MM. COCHEZ, BROUËT, OURY

A M. LE DOCTEUR HEUYER

*Qui a bien voulu m'inspirer ce travail
et grâce à qui j'ai pu le mener à
bien.*

A MADemoiselle BADONNEL

CHEF DE CLINIQUE DE NEURO-PSYCHIATRIE INFANTILE

*Qui m'a aidé de ses conseils, en témoi-
gnage de vive sympathie.*

AU DOCTEUR CHARLES FIESSINGER

En témoignage de ma très vive gratitude et de mon plus respectueux attachement.

A MON MAITRE LE DOCTEUR BRULÉ

En faible témoignage de ma grande admiration.

A MON MAITRE LE DOCTEUR MONIER VINARD

Qui m'a toujours guidé de ses conseils, en témoignage de ma reconnaissance.

AU PROFESSEUR RIEUX

En hommage d'affection et d'admiration.

A MES AMIS, MM. LES DOCTEURS PICHARD, CASAU-
BON, DAVESNE, RUBENOVITCH, ROY.

Introduction

Les troubles mentaux de l'enfant ont fait l'objet de travaux qui, destinés à en fixer les formes habituelles, se sont aussi attachés à en tirer les conséquences sociales notamment la thèse du Docteur Heuyer.

Laissant de côté ces aspects de la question, nous avons avant tout cherché dans ce travail à en définir, autant qu'il se peut, les causes principales qui sont presque toujours d'ordre héréditaire.

Parmi ces hérédités pathologiques diverses que l'étude des antécédents permet de reconnaître, il en est une qui semble particulièrement intéressante et de tout premier plan : c'est l'hérédo-syphilis.

En effet, les statistiques que nous avons pu recueillir dans le service de neuro-psychiatrie infantile du Dr Heuyer tendent à montrer que cette étiologie déborde largement toutes les autres, qu'elle est responsable dans une énorme proportion des troubles de l'intelligence et aussi des troubles du caractère de l'enfance.

Ce sont donc les résultats de ces recherches portant sur la fréquence de l'hérédo-syphilis, et aussi sur les variétés des troubles qu'elle peut engendrer

qui seront exposés dans ce travail, ainsi que les indications du traitement et ses résultats parfois favorables.

Avant de nous engager dans ce sujet nous tenons à remercier ici le Docteur Heuyer qui nous a guidé de ses conseils avec une incessante bienveillance.

Les observations recueillies dans son service de la rue de Vaugirard et qu'il a mises avec une grande obligeance à notre disposition servent de base à cet essai. Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance à laquelle nous voulons associer son chef de clinique, Mlle Badonnel, qui nous a aidé, en maintes circonstances, dans l'accomplissement de notre tâche.

CHAPITRE I

Recherches de l'hérédo-syphilis

Si l'on cherche, comme nous l'avons fait systématiquement, les signes qui permettront de retrouver chez un enfant anormal, arriéré ou instable, la présence d'une hérédité syphilitique, de multiples difficultés se présentent.

Les signes de certitude sont rares, les signes au contraire qui permettent une hypothèse sont multiples. Aussi serons-nous obligés, selon la plus ou moins grande précision des résultats cliniques, de classer nos malades en diverses catégories.

Reprenant la distinction de Marfan qui dans la recherche de l'hérédo-syphilis chez le nourrisson décrit à côté des signes de certitude les signes de probabilité, nous l'avons appliquée à l'étude de ces formes plus tardives, avant tout dystrophiques de la syphilis héréditaire : à côté de l'hérédo-syphilis certaine nous devons faire une place à l'hérédo-syphilis probable et à l'hérédo-syphilis possible.

Hérédo-syphilis certaine

Dans quels cas pourra-t-on parler d'hérédo-syphilis certaine ? Dans deux cas assez nettement délimités : lorsque nous posséderons ce qu'on peut appeler la preuve sérologique ou en son absence la preuve dystrophique.

Séro-réaction : valeur de la réaction de Wassermann et de Hecht dans les formes tardives dystrophiques de l'hérédo-syphilis.

On considère que ces deux réactions différentes dans leur technique permettent à coup sûr d'affirmer la syphilis lorsqu'elle sont positives. Mais ce capital élément de diagnostic nous manquera malheureusement en règle générale. Chez ces jeunes malades dont l'hérédo-syphilis semble atténuée et avant tout dystrophique, les réactions sont le plus souvent négatives.

Ces résultats ne doivent pas nous étonner. Ils concordent avec l'opinion générale des auteurs qui ont essayé de fixer la question. Leroux et Labbé dans un travail sur le séro-diagnostic de l'hérédo-syphilis mettent bien en évidence ce point particulier ; dans les formes infectieuses précoces, cutanéomuqueuses, spléno-hépatiques ou digestives, la réaction est positive dans 90 à 100 % des cas ; cette proportion s'abaisse à 68 % dans le rachitisme grave précoce et à 35 % *seulement dans les formes tardives et*

virulentes. On conçoit que ces chiffres soient plus bas encore dans les formes strictement dystrophiques. Chez cette variété de sujets l'hérédo-syphilis semble extrêmement dégradée et Tixié estime que la réaction est là négative dans 60 ou 90 % des cas. Que conclure de ces chiffres qui tous concordent ? C'est que nous ne devons donner de valeur qu'à une réaction positive et nous aurons là ainsi un élément de certitude. Au contraire, un Wassermann négatif ne sera, pour notre recherche, d'aucune signification et nous devons, dès lors, tâcher de déceler la syphilis à d'autres signes moins probants certes, mais autrement fréquents ; en résumé, nous pouvons nous rattacher aux conclusions de MM. Lacapère et Vallery-Radot : « Si la réaction positive a une importance majeure, il n'est pas inutile de répéter que les réactions négatives ne doivent nullement faire abandonner le diagnostic de syphilis pas plus qu'elles ne doivent intervenir pour faire diminuer ou supprimer un traitement commencé ».

Deux faits particuliers sont cependant à noter à ce sujet. C'est la discordance fréquente des réactions. Alors que le Wassermann est négatif le Hecht (sérum non chauffé) est parfois positif, et cela tout particulièrement dans ces formes dystrophiques ou l'hérédo-syphilis semble atténuée et quasi latente. C'est aussi la possibilité de trouver une séro-réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien, alors que l'examen du sang a été négatif. On conçoit la valeur absolue (Sicard) de ce signe qui mar-

quera parfois, d'ailleurs, l'existence d'un processus méningé comme en font foi la lymphocytose et l'albuminose.

Donc, si par toutes ces épreuves : réaction de Wassermann et de Hecht dans le sang répétées après réactivation, et dans le liquide céphalo-rachidien on n'obtient aucun résultat il faudra renoncer à une source de certitude mais n'en tirer aucune conclusion négative et chercher à d'autres signes la syphilis.

Séro-réaction des ascendants :

Quelle sera maintenant la valeur d'une réaction positive chez le père ou chez la mère? Elle n'est pas absolue dans tous les cas ; pour le père notamment, il peut s'agir d'une syphilis ancienne, la mère a pu échapper à la contagion. C'est pourtant là un signe de très forte présomption. Au contraire, le parallélisme est constant entre la syphilis maternelle et la syphilis de l'enfant. Nobécourt a montré qu'on pouvait le mettre en évidence, dans 90 % des cas et les travaux actuels notamment ceux de Carle ont fait justice des lois de Colles et de Proféta en montrant nettement qu'il n'existait pas de syphilis conceptionnelle. Une séro-réaction positive chez la mère correspondant à une quasi certitude de la syphilis héréditaire chez l'enfant.

Signes dystrophiques :

Y a-t-il d'autres éléments sur lesquels appuyer le diagnostic de l'hérédo-syphilis certaine ?

Parmi la grande multiplicité des troubles dystrophiques sur lesquels nous aurons plus loin l'occasion de revenir il en est qui ont une valeur toute particulière. Ils sont selon l'expression de Fournier des « signes dénonciateurs » tranchant par leur spécificité avec la banalité de tant d'autres dystrophies : un crâne natiforme, un tibia déformé en lame de sabre, la présence des troubles qui constituent la triade d'Hutchinson (surdité, héréatite, dystrophies dentaires caractéristiques) ne se rencontrent pas en dehors de la syphilis. Ces signes paraissent devoir, eux aussi, entraîner la certitude, mais ils sont rares. Aussi dans la grande majorité des cas, faudra-t-il nous attacher avec soin à la recherche des « éléments de probabilité » (Marfan, Leredde, Carle) ouvrant ainsi le chapitre de l'hérédo-syphilis probable.

HÉRÉDO-SYPHILIS PROBABLE.

Beaucoup d'auteurs estimaient, jusqu'à ces dernières années, que l'hérédo-syphilis ne peut être affirmée en dehors de ces signes de certitude que nous venons d'énumérer. Il semble que les idées actuelles des pédiatres et des syphiligraphes (Marfan, Nobécourt, Leredde, Carle) tendent à agrandir le domaine de l'hérédo-syphilis de présomption. Aussi devons-nous rechercher avec soin chacun des signes de probabilité qu'ils nous viennent des antécédents, ou qu'ils nous soient fournis par l'examen somatique de l'enfant.

Mais c'est seulement de leur association que nous pourrons tirer des conclusions de valeur, suivant en cela l'opinion de Marfan : ces signes « étant en relation avec la syphilis peuvent toutefois être produits par d'autres affections, il n'est pas démontré que la syphilis en soit la cause unique. Insuffisamment caractéristiques, pris isolément ces signes acquièrent par leur association une haute signification. Isolés, ils indiquent la nécessité de rechercher la syphilis congénitale, associés à plusieurs ils donnent une quasi certitude ».

Associés : c'est le domaine de l'hérédo-syphilis probable, quasi certaine, justiciable dans la plupart des cas, d'un traitement. *Isolés* : c'est celui de l'hérédo-syphilis possible, plus discutable, aux limites de la clinique.

Nous allons passer en revue, maintenant, les signes qui nous permettront de ranger nos malades en ces diverses catégories : hérédo-syphilitiques certains, probables, possibles, ou au contraire de rejeter la syphilis. Notre enquête devra comprendre d'une part un examen somatique de l'enfant (à l'âge qu'ont atteint nos jeunes malades, il ne peut s'agir de rechercher que des signes dystrophiques), d'autre part, une étude des antécédents héréditaires et individuels (développement physique et intellectuel). Nous trouverons ainsi bien souvent un faisceau des signes qui nous permettra le diagnostic. Les observations que nous publions en montrent la variété et le polymorphisme.

EXAMEN SOMATIQUE DE L'ENFANT.

Notre examen portera sur les différents appareils, avant tout sur le squelette, fréquemment dystrophié, particulièrement sur le crâne et la face, le tibia. Le système dentaire, l'œil et l'oreille seront examinés soigneusement, soit que touchés d'une manière concomitante ils décèlent un syndrome d'Hutchinson pathognomonique, soit qu'atteints isolément ils offrent des symptômes plus ou moins nets dont nous aurons à discuter la valeur dans chaque cas particulier.

Crâne. — Les déformations craniennes affectent des types variables ; cependant il en est un très fréquemment rencontré et de grande valeur, c'est le front olympien, bombé, trop haut, trop large, « front ventru » des auteurs anglais. Ce signe qui frappe dès le début de l'examen fait tout de suite suspecter la syphilis.

Dans d'autres cas, il ne s'agira que de malformations osseuses moins importantes. L'examen permettra de déceler une exagération des bosses pariétales, des bosselures occipitales ou au contraire un méplat occipital, une asymétrie cranienne. Quant à cette déformation si typique : le crâne natiforme caractérisé par la présence de 2 renflements occipipariétaux séparés par un sillon, c'est une rareté.

Par contre, les dimensions anormales de la cavité cranienne en défaut ou en excès, microcéphalie ou

hydrocéphalie représentent un élément de diagnostic capital. Fournier ne considérerait-il pas l'hydrocéphalie comme un stigmate habituel de l'hérédo-syphilis.

Bien souvent les signes craniens, proprement dits, manquent, ce sera une déformation nasale qui attirera l'attention. Il peut s'agir soit de malformations natives : nez camard, avec aplatissement de la racine. Beaucoup plus rarement, les os propres du nez ont été touchés par un processus nécrosant aboutissant à la déformation précédente ou à la forme si caractéristique du nez en lorgnette. Fournier va jusqu'à ranger ce signe dans les éléments de la certitude, ajoutant que dans 98 % des cas il s'agit de syphilis.

La syphilis semble épargner le reste du système osseux. Rares sont les lésions d'ostéo-périostite, les exostoses, les déformations localisées. Cependant, en dehors des importantes lésions dentaires que nous étudierons plus loin, il est un os long où nous aurons parfois l'occasion de retrouver la marque de l'hérédo-syphilis, c'est le tibia. Cette déformation très spéciale qui aplatit l'os, l'incurve, lui donnant, selon la comparaison classique, l'aspect d'une lame de sabre, a une valeur diagnostique quasi absolue.

Examen de l'œil. — Si la triade d'Hutchinson est rare nous aurons parfois l'occasion de retrouver des séquelles de lésions oculaires rattachables à la syphilis : cicatrices de kératite, taies, transparence de

la cornée, déformations iriennes, synéchies. L'interrogatoire apprend que les lésions ont évolué lentement, sans phénomène infectieux et sont souvent bilatérales. Lorsqu'elles présentent ces caractères on est en droit de suspecter fortement l'hérédo-syphilis. L'examen de la pupille dans certains cas rares, peut déceler un signe d'Argyll précoce, l'examen du fond d'œil montrer une chorioretinite.

Enfin il est un signe que Marfan range nettement parmi les éléments de présomption, à condition cependant qu'il remonte aux premiers mois : c'est le strabisme interne, convergent. Fournier lui attribue une grande valeur : « sur 50 cas de syphilis j'ai rencontré 19 cas de strabisme, de tels faits excluent la coïncidence et ne sont explicables que par une relation de causalité ».

Effectivement, nous avons rencontré ce signe chez un grand nombre de nos malades, associé à d'autres signes caractéristiques d'hérédo-syphilis.

Oreilles. — Nous n'avons pas constaté le second élément de la triade d'Hutchinson, cette surdité rapide, complète, définitive, survenant sans cause apparente. Mais nous avons cherché dans les antécédents de nos malades les cas familiaux de surdi-mutité toujours suspects de syphilis. Seront à noter également les écoulements d'oreille. Pourrions-nous rattacher à la syphilis ces stigmates auriculaires si fréquents chez les arriérés : oreille ronde, en plat à barbe, décollée, ou difforme avec insertion vicieuse

de l'anthelix, toutes déformations longtemps considérées comme « stigmates de dégénérescence » ? Le nombre de ces malformations non conditionnées par une étiologie spécifique semble se réduire de plus en plus ; elles entrent peu à peu dans le cadre d'une hérédité précise. Aussi, sans affirmer avec M. Leredde « qu'il faut présumer syphilitique tout enfant qui présente une malformation en dehors des cas où l'on trouve les signes de probabilité énumérés par Marfan », on peut tenir ces déformations pour suspectes tout en ne leur attribuant une grande valeur que si elles sont associées à des signes relevant plus nettement de l'hérédo-syphilis.

Dents. — De fréquentes altérations dentaires viennent soit éveiller l'idée de la syphilis, soit confirmer le diagnostic. Plus ou moins marquées elles sont presque la règle. Si nous les retrouvons avec une extrême fréquence chez nos jeunes malades, il sera, par contre, difficile de les interpréter et d'en tirer toujours des raisons de certitude. Pour certains auteurs, notamment Roy, il ne s'agit là que de lésions banales, aspécifiques. La syphilis peut bien les causer mais elle n'est pas seule ; elles peuvent dépendre d'une hérédotuberculose ou des maladies infectieuses de l'enfance (rougeole, bronchopneumonie). Ce n'est pas l'avis de Fournier qui dès 1898 leur attribuait une grande valeur. C'est dans ce sens aussi que concluent des contemporains tels que MM. Darier, Metzger, Cavelli, de Turin, en

s'appuyant sur l'anatomie pathologique, considère que la plupart des dystrophies dentaires sont dues à l'action directe de la syphilis. Quoi qu'il en soit nous décrirons ces lésions en partant de celles qui très caractéristiques ont une valeur diagnostique presque absolue jusqu'à celles, très dégradées, qui n'apporteront qu'un faible appoint à notre enquête.

Si l'on peut discuter la diversité des causes des lésions dentaires il n'en est pas moins vrai que la dent d'Hutchinson reste un stigmate certain de syphilis.

Selon Fournier encore, la syphilis semble la cause unique de l'érosion de la première grosse molaire, enfin, la forme en tournevis des incisives supérieures est une malformation elle aussi bien spéciale.

Ces lésions nettes sont, à vrai dire, bien rares. Ce sera donc la réunion, le faisceau des signes dentaires qui seul permettra, associé d'ailleurs à d'autres éléments cliniques, de considérer nos malades comme des hérédos probables. Aussi devons-nous nous attacher soigneusement à cet examen et relever un à un tous les éléments de présomption. Notre enquête devra donc porter :

Sur le retard de l'évolution dentaire.

Sur la variation de la forme et de l'aspect de la dent (microdontisme notamment des incisives supérieures).

Il faudra noter de même l'engrenage vicieux des arcades dentaires, les malformations des maxillaires supérieurs ou inférieurs réalisant l'aspect de voûte ogivale ou le prognathisme.

L'irrégularité d'implantation, le chevauchement, l'absence de certaines dents, notamment des incisives sont des éléments de valeur inégale.

Gaucher considérait l'écartement des incisives supérieures comme un stigmate certain de syphilis.

Pinard et Sabouraud attribuent à la présence du tubercule de Carabelli (cuspidé palatine de la première molaire) une valeur quasi absolue. Mais leur opinion n'est pas partagée par tous les auteurs et contestée notamment par Janselme. (Signalons que dans une de nos observations ce signe coïncidait avec des stigmates certains d'hérédosyphilis).

Mais de cette riche série dystrophique nous ne retrouvons, bien souvent, chez nos malades, qu'un ou deux signes isolés et de valeur discutable : une voûte ogivale, des dents petites ou mal implantées.

Un élément plus important de diagnostic nous sera fourni par les érosions dentaires décrites pour la première fois par Ambroise Paré dès 1575.

Ces érosions sont plus ou moins marquées, affectant l'aspect de cupules, de sillons, déformant la dent qui peut prendre l'aspect laminé ou élimé atteignant également incisives et canines, entraînant la carie précoce.

Nous ne pouvons entreprendre ici ni un tableau complet des lésions dentaires ni une discussion de la valeur de chacune d'elles. Cependant, en raison de leur banalité, nous ne pourrions attacher une grande valeur à ces lésions si fréquentes, nous ralliant en cela à l'opinion de Fournier, que lors-

qu'elles seront « multiples et systématisées, touchant plusieurs variétés de dents, les touchant d'une façon différente selon chaque variété ».

La syphilis déforme là encore, selon un « style dystrophique » particulier et bien que les éléments de certitude tirés de l'examen dentaire soient rares :

Dent d'Hutchinson ou en tournevis ; érosion de la première molaire.

Nous pourrions cependant trouver là d'importants éléments de probabilité :

Erosions multiples systématisées ;

Ecartement des incisives ;

Microdontisme,

ou tout au moins quelque signe discret de possibilité :

Dent légèrement érodée ;

Carié précoce ;

Voûte palatine ogivale, etc...

HÉRÉDO-SYPHILIS ET RACHITISME.

Il est enfin un élément de diagnostic capital de l'hérédo-syphilis tardive.

Les lésions du rachitisme peuvent-elles s'ajouter à la liste des signes de probabilité ?

C'est l'avis d'Hutinel. Pour lui : « La plupart des manifestations dystrophiques du rachitisme relèvent d'une affection virulente des glandes endocrines », le plus souvent donc de la syphilis. C'est aussi l'opinion de Marfan, qui estime que lorsque le ra-

chitisme présente certains caractères il en résulte une extrême probabilité de syphilis. La syphilis n'est cependant pas, pour cet auteur, la seule cause incriminable, mais il ajoute que les déformations très graves sont le plus souvent d'origine spécifique. La précocité du rachitisme, la prédominance des altérations craniennes sont encore des éléments de présomption marqués.

Nous publions plus loin des observations où l'on voit les lésions rachitiques coexister avec de grosses dystrophies relevant nettement de l'hérédo-syphilis ou avec des antécédents nets de spécificité ou même encore avec un Wassermann positif chez l'enfant. C'est là un élément de valeur qu'il ne faudra pas négliger.

Voici donc envisagés les principaux éléments de certitude et de présomption tirés de l'examen somatique. Il nous faut citer maintenant des symptômes d'un caractère un peu différent et d'inégale valeur. Ils représentent en quelque sorte des séquelles d'une syphilis précoce et relèvent autant des antécédents que de l'examen même : une hydrocèle irréductible, persistante, une sclérose testiculaire, une splénomégalie, des troubles digestifs (anorexie, vomissements habituels) ou nerveux (maladie de Little, hydrocéphalie).

ANTÉCÉDENTS DE L'ENFANT.

Aux renseignements fournis par l'examen direct de l'enfant, il nous faudra ajouter ceux tirés de

l'étude de son passé pathologique et là encore nous pouvons trouver nombre d'éléments de probabilité.

C'est tout d'abord le retard de développement. L'enfant a marché tard — 2 ans par exemple — a parlé tard, a percé tard sa première dent. Bien souvent, il y aura un parallélisme frappant entre ce trouble du développement somatique et l'arriération mentale elle-même.

Cette évolution anormale imposera parfois au sujet cet aspect que Fournier considère comme véritablement symptomatique de l'hérédo-syphilis. Il s'agira d'un « sujet chétif, rabougri, peu développé, au thorax étroit, au crâne volumineux, aux cheveux rares. Ce simple aspect, en dehors de toute dystrophie particulière, permet de suspecter une syphilis familiale ». En résumé, un développement physique et intellectuel lent, comme retardé, aboutissant parfois à la constitution d'un type physique spécial autant d'éléments qu'il faudra rechercher et ajouter au faisceau des signes de présomption.

Convulsions. — Mais ce développement ralenti peut avoir été entrecoupé de divers épisodes pathologiques, atteignant avant tout le système nerveux, que la famille nous rapportera de manière plus ou moins précise et qu'il s'agira d'interpréter.

Les convulsions, ce syndrome si fréquent de la première enfance, semblent bien souvent en rapport avec une syphilis héréditaire.

Gaucher, Fournier et plus récemment Hutinel,

Marfan, Leredde ont insisté sur la grande fréquence de cette étiologie.

Dans une thèse récente, Longchamp, en se basant sur un grand nombre d'observations recueillies en partie dans le service du Docteur Heuyer, entreprend de mettre en évidence — en dehors des cas d'origine obstétricale — la quasi constance d'une hérédité morbide dans les convulsions.

Si cette hérédité est parfois psychopathique (épilepsie, aliénation), elle semble dans la majorité des cas spécifique. Une statistique basée sur des observations de jeunes malades soignés au dispensaire de neuro-psychiatrie infantile lui a permis de rattacher avec certitude — après examen somatique de l'enfant et étude serrée des antécédents — plus de la moitié des crises convulsives de l'enfant à cette cause.

Il ajoute : « Notre conviction est que la syphilis est infiniment plus fréquente encore que ne l'indique notre statistique. En effet, les convulsions ne nous paraissent survenir que sur un système nerveux pathologique au sens le plus large du terme. Que la lésion organique soit décelable ou indécélable, la réalité d'un processus pathologique ayant touché le nevraxe nous semble devoir être admise. Tel est le facteur qui nous paraît primordial à l'origine des convulsions ».

Mais celles-ci n'éclateront que sous l'influence d'une modification de l'organisme en relation avec l'une des multiples causes que les auteurs classi-

ques invoquent à l'origine des convulsions essentielles (facteur spasmogène).

Ces idées, quoique discutées par certains auteurs, notamment Lesné et Turpin, semblent cependant très défendables, étant donné les chiffres caractéristiques fournis par les statistiques : 50 % au moins d'hérédo-syphilitiques avérés, sans compter les cas où l'absence d'examen familial et de signes absolument nets ne permet aucune affirmation.

En résumé, nous devons accorder une grande valeur diagnostique aux convulsions, particulièrement à celles qui ne font pas leur preuve, nous ralliant en cela d'ailleurs à l'opinion de Marfan : « Tout enfant qui présente des convulsions dites essentielles avant 6 mois est suspect d'hérédo-syphilis ».

Étant donné leur fréquence dans le passé, voire dans l'hérédité de nos malades, nous voyons qu'elles représentent dans beaucoup de cas un élément capital de probabilité.

À côté des convulsions, des troubles nerveux plus graves tels qu'épisodes méningés, le plus souvent mal déterminés, crises d'épilepsie vraies ou larvées permettront de soupçonner fortement la syphilis.

Fréquents chez nos malades, mais de valeur diagnostique moins considérable sont une série de troubles : une énurésie persistante, signe longtemps classé dans la catégorie vague des stigmates de dégénérescence, des écoulements d'oreilles, répétés, les troubles adénoïdiens eux-mêmes.

Plus aspécifiques et plus banales encore nous pa-

raîtront certaines manifestations : on sait, en effet, depuis Hutinel, la part qu'il convient de faire au terrain syphilitique dans les affections pulmonaires ou digestives de l'enfant.

En résumé, de cette étude du passé pathologique de l'enfant, nous retirerons rarement des éléments de certitude, plutôt un ensemble de renseignements d'inégale valeur qui ne prendront leur vraie signification que rapprochés des autres signes de probabilité.

Ajoutons que l'étude du passé pathologique de l'enfant pourra parfois nous révéler nettement que d'autres affections que la syphilis sont à incriminer (tuberculose, maladies infectieuses, encéphalite, méningite cérébro-spinale). Ainsi se délimitera peu à peu le domaine de l'hérédo-syphilis probable.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX.

Il s'agit là d'un chapitre capital de notre enquête. Nous y trouverons des éléments de certitude, de probabilité ou de possibilité de syphilis.

Dans certains cas, les antécédents héréditaires nous apportent la preuve nette, qu'il s'agisse d'une syphilis avouée des parents antérieure à la naissance de l'enfant, ou que le Wassermann soit reconnu positif chez la mère ou chez un des collatéraux ou que ceux-ci aient présenté à un moment donné des accidents relevant nettement d'une syphilis diagnostiquée. La constatation d'un Wassermann positif, d'une syphilis ancienne

chez le père n'a pas la valeur quasi absolue qu'elle a chez la mère.

En effet, la syphilis de la mère et celle de l'enfant sont, comme nous l'avons vu, absolument liées.

Notre enquête ne devra pas se borner à la recherche de la syphilis chez les parents. Elle devra remonter plus haut. On ne discute plus actuellement, en effet, l'existence d'une syphilis de deuxième et même de troisième génération, syphilis dont Fournier, fondant son opinion sur nombre d'observations, a nettement établi la réalité : « il existe une hérédité syphilitique de deuxième génération ».

Cette hérédité est susceptible de se traduire de deux façons, très fréquemment sous la forme dystrophique, bien moins souvent et même d'une façon relativement rare par des lésions de syphilis virulente ».

De nombreux cas de deuxième et de troisième générations (Schweger, Trois-Fontaine) ont été publiés. Récemment encore, Hijomanckis, reprenant la question, ajoute à ce sujet que « du point de vue clinique on ne peut établir de différences réelles entre l'hérédo-syphilis de deuxième et de troisième génération. Ce qu'on dénomme dystrophie de deuxième génération doit être considéré comme des manifestations proprement syphilitiques. On peut, du moins à certaines périodes, mettre en évidence le tréponème dans les lésions dites dystrophiques, notions qui entraînent cette conclusion que la syphilis de deuxième et même de troisième génération doit

être traitée de la même façon que la syphilis congénitale de souche directe et avec la même rigueur ».

Il faudra donc rechercher la syphilis dans la lignée maternelle et paternelle. L'on saisit aussi, de ce fait, la valeur des signes dystrophiques constatés chez les parents : ils relèvent déjà en effet, chez eux, d'une syphilis héréditaire. Les indications recueillies seront d'autant plus précieuses que parfois — et nous en apportons des observations — la syphilis des ascendants a pu rester absolument latente pendant une génération et reparaître dans la suivante.

Antécédents maternels : C'est chez la mère que nous trouvons le plus souvent des signes probants de syphilis, apparaissant surtout à l'occasion d'épisodes de la vie génitale. Ce seront en effet d'une part la fréquence des avortements ou des accouchements prématurés spontanés, et d'autre part la polyléthalité infantile qui frapperont l'attention.

C'est une histoire toujours assez semblable de fausses couches qui se répètent survenant à une date de plus en plus avancée de la grossesse : 4, puis 5 et 6 mois, suivies parfois de la naissance d'un prématuré ou d'un enfant mort, macéré. La syphilis est aussi la cause la plus fréquente de l'hydramnios. On a pu l'incriminer, quoique moins nettement, dans la gestation gémellaire qui marquerait pour Bar et Couvelaire une hérédo-syphilis de seconde génération.

Les conditions de la grossesse, l'aspect des enfants à la naissance — en dehors même des cas typiques marqués par tous les signes de la syphilis virulente — aspect athrepsique, vieillot, chétif de l'enfant, qui se développera mal ou au contraire son poids excessif paraîtront suspects.

De même, l'exagération du poids placentaire dû aux lésions hémorragiques dont cet organe est le siège nous apportera un élément de diagnostic de grande valeur. ,

Cette même partie de l'enquête nous donnera des renseignements précieux sur les collatéraux tant au point de vue des troubles du développement physique et intellectuel, que des lésions diverses dystrophiques qu'ils peuvent présenter. Parfois, en effet, une lésion typique : kératite, surdité ou un ensemble de dystrophies mises en évidence chez un frère ou une sœur suffira à rendre notre jeune malade plus que suspect de syphilis, alors qu'il ne présente, pour sa part, aucun signe et à faire entreprendre un traitement.

En résumé : des fausses couches répétées, des accouchements anormaux, tant au point de vue du fœtus que du placenta, la présence de stigmates ou la notion d'antécédents suspects chez les frères ou chez les sœurs, la polyléthalité même des collatéraux voilà des éléments de présomption de grande fréquence et d'importance capitale.

Autres antécédents familiaux.

Mais notre enquête devra, en outre, explorer autant qu'il se peut tout le passé pathologique du père et de la mère. Dans tous les cas où cela sera possible, ils devront être eux-mêmes examinés.

Lors même que nous n'aurons pas la quasi-certitude d'un Wassermann positif, l'interrogatoire pourra cependant nous révéler chez eux des accidents ou des troubles suspects. En effet — en dehors des cas où la syphilis est évidente et comme prouvée par l'existence d'un tabès, d'une paralysie générale, d'une hémiplegie de l'adulte, de crises d'angine de poitrine — il en est bien d'autres où elle semble probable. On devra la rechercher par un examen complet, aidé d'une étude des antécédents : recherche des accidents cutané-muqueux, exploration du système nerveux, des réflexes, des pupilles (signe d'Argyll), de l'appareil cardio-vasculaire, du squelette et des dents, des glandes à sécrétion interne enfin (maladie de Basedow, myxœdème), etc.

Nous ne pouvons faire ici l'énumération complète des signes, variables dans chaque observation, que nous fournit l'étude des antécédents familiaux. Disons seulement qu'outre les ascendants notre enquête a toujours porté sur la lignée paternelle et maternelle, nous permettant ainsi d'accroître le faisceau des éléments de probabilité de l'hérédo-syphilis.

Outre ces indications positives nous pourrions relever ainsi parmi les antécédents des affections do-

minantes autres que la spécificité : tuberculose, troubles psychopathiques, alcoolisme, saturnisme. Ce qui nous permettra de limiter l'hérédo-syphilis elle-même à des frontières assez précises.

CONCLUSION. — C'est sur tous ces signes que nous pourrions baser un diagnostic d'hérédo-syphilis chez les enfants anormaux, qu'ils présentent des troubles intellectuels ou des troubles du caractère. Des éléments du diagnostic les pages précédentes ont montré l'extrême multiplicité, mais aussi dans la majorité des cas, l'absence de valeur absolue.

Aussi, bien qu'une grande proportion de ces malades nous ait semblé en raison de l'accumulation des symptômes, relever certainement de cette hérédité, dès l'instant qu'il n'existait pas un seul des rares signes de certitude notamment une séro-réaction positive, nous les avons placés dans le groupe de l'hérédo-syphilis probable.

En résumé, nous pouvons classer les anormaux en 3 catégories. Selon chacune d'elles, l'étiologie spécifique paraît plus ou moins nette.

HÉRÉDO-SYPHILIS CERTAINE.

Syphilis reconnue ou traitée des parents ;

Wassermann positif chez la mère ou les collatéraux ;

Existence chez les ascendants des stigmates indiscutables de syphilis : cutanéomuqueux, cardio-artériels (angine de poitrine), nerveux (P. G., tabès, méningite spécifique confirmée par la P. L.), dystrophiques.

Chez l'enfant : Réaction positive de Wassermann, de Hecht dans le sang ou dans le L. C. R.

Dystrophies caractéristiques de la syphilis (crâne natiforme, tibia en lame de sabre, triade d'Hutchinson).

HÉRÉDO-SYPHILIS PROBABLE :

Utilisant les nombreux éléments de présomption que nous avons décrits, nous pourrions ranger dans cette variété un grand nombre de cas cliniques.

On ne peut évidemment fixer aucune règle précise, car la réunion des signes de probabilité ne peut donner une certitude mathématique.

Il n'empêche que le nombre des faits amenant au diagnostic est fortement significatif. Dans la plupart des cas aucune autre étiologie ne semble pouvoir être incriminée. Il y aurait là des coïncidences symptomatiques peu explicables.

Mieux que le tableau si chargé des éléments de cette classification les observations que nous donnons plus loin mettront en évidence les combinaisons variées que l'on peut rencontrer entre ces multiples signes de présomption.

En résumé, chez de tels malades, bien qu'on ne

puisse avoir la certitude absolue de syphilis, on a pratiquement une conviction basée sur de multiples éléments, on doit les considérer en pratique comme des hérédos et on ne peut leur refuser le bénéfice d'un traitement.

Parfois, sous son influence l'amélioration des troubles mentaux fournira la preuve qu'on était dans la bonne voie.

HÉRÉDO-SYPHILIS POSSIBLE.

Lorsque la masse des signes sera insuffisante on ne pourra pas cependant toujours éliminer la syphilis ; il y a quelques antécédents : fausses couches répétées de la mère, ou quelques dystrophies, dentaires notamment, un ensemble symptomatique, flou, peu net.

On ne peut parler de syphilis probable, elle n'en reste pas moins possible.

Marfan, Lacapère, Leredde ont insisté sur la fréquence de ces formes latentes ou quasi latentes, de ces « crypto-syphilis. »

« Une génération peut rester presque indemne de manifestations syphilitiques et transmettre la tare héréditaire qui reparaitra nette dans la génération suivante ».

Le traitement d'épreuve sera parfois, dans ces cas, la véritable pierre de touche amenant des améliorations inattendues.

AUTRES ÉTIOLOGIES.

Le nombre d'enfants atteints de troubles du développement intellectuel ou de troubles du caractère qui semblent relever d'une de ces 3 classes étiologiques est très considérable.

Cependant, dans un certain nombre de cas, d'autres causes nous paraîtront prédominantes qu'elles nous soient fournies par les antécédents familiaux (tuberculose, alcool, hérédité psychopathique), ou individuels (traumatismes obstétricaux, encéphalite, etc.).

Parfois enfin l'enquête sera absolument négative et rien ne permettra de penser à la syphilis ou à quelque autre étiologie.

CHAPITRE II

Tels sont les éléments du diagnostic de l'hérédosyphilis chez les anormaux.

Deux questions se poseront donc comme conclusion à cette enquête :

1° Quelle est la fréquence de l'hérédosyphilis certaine, probable, possible chez les enfants présentant des troubles mentaux quels qu'ils soient ?

2° Dans quelle variété de troubles la syphilis semble-t-elle être le plus souvent présente, est-ce l'intelligence ou le caractère qui sont électivement touchés chez les hérédos ? Et dans quelle proportion ?

Il ne s'agit pas de démontrer que dans tous les cas l'arriération mentale, l'instabilité, les perversions relèvent chez nos malades de cette syphilis que nous avons décelée. Il s'agit simplement de montrer sa fréquence chez cette variété des sujets. Des rapports directs de cause à effet, s'ils semblent bien souvent vraisemblables ne peuvent être saisis dans bien des cas, et seule l'épreuve du traitement pourra parfois les rendre évidents.

Pour répondre à ces deux questions il nous faut tout d'abord décrire rapidement les diverses varié-

tés de troubles mentaux que nous rencontrerons le plus souvent. Les classer est difficile étant donné les multiples interdépendances de la vie intellectuelle et affective.

Cependant nous avons été amené, suivant en cela les conseils du docteur Heuyer, à distinguer plusieurs groupes de malades assez facilement délimitables : tout d'abord ceux des anormaux, qui ne sont que des débiles mentaux.

Puis ceux chez lesquels, sur ce fond de débilité, apparaissent des troubles du caractère.

Enfin ceux qui, tout en ayant une intelligence normale, présentent seulement des troubles du caractère (instabilité, troubles d'affectivité), auxquels se surajoutent parfois des perversions.

Nous rappellerons brièvement ici les méthodes classiques de diagnostic telles qu'elles ont été décrites par le Docteur Heuyer dans sa thèse :

1° Méthode médicale « destinée à apprécier les signes anatomiques, physiologiques et pathologiques de l'infériorité intellectuelle » ;

2° Méthode pédagogique « qui a pour but de juger de l'intelligence d'après la somme des connaissances acquises » ;

3° Méthode psychologique « qui fait des observations directes et des mesures sur le degré de l'intelligence ».

A la première de ces méthodes se rattache l'examen somatique et l'étude des antécédents ; c'est celle-là même dont nous nous sommes servi pour

déceler l'hérédo-syphilis ? Nous n'y reviendrons pas. Rappelons cependant à ce propos que la plupart des stigmates de dégénérescence tendent de plus en plus à se rattacher à une étiologie précise, le plus souvent la syphilis.

La méthode pédagogique et psychologique semblent se confondre dans leur procédé et leur but. Elles visent toutes deux à nous renseigner d'une part sur le niveau mental, sur les troubles du développement intellectuel de l'enfant, et, d'autre part, sur les anomalies de son caractère. Les malades dont nous publions les observations, et qui nous ont servi à établir des statistiques, ont été examinés par la méthode des tests « échelle métrique d'intelligence » imaginée par Binet, qui depuis s'est enrichie d'une foule de procédés nouveaux de valeur inégale destinés à jauger, à mesurer autant qu'il se peut chacune des facultés : mémoire, attention, jugement, etc.

Il n'en reste pas moins qu'une méthode simple utilisant un petit nombre d'épreuves (épreuves de Binet et Simon) semble nécessaire et suffisante pour déceler dans la plupart des cas le retard du développement intellectuel et pour le mesurer en années d'âge.

I. Cette méthode nous permet donc d'affirmer qu'il y a ou non des troubles de développement intellectuel et de préciser la gravité de ces troubles. Il n'y a entre l'idiotie, l'imbécillité et la simple débilité mentale aucune différence de nature du point de

vue psychologique, simplement une différence de degré. Cependant, nous pouvons distinguer, selon la gravité des troubles, deux catégories de malades :

Troubles graves de l'intelligence : idiots, imbeciles ;

Troubles légers : débiles mentaux.

II. Mais bien souvent, à ces troubles intellectuels, s'associent des altérations plus ou moins nettes du caractère.

Chez ces enfants arriérés, touchés dans presque toutes leurs facultés (mémoire, association des idées, jugement), apathiques et paresseux, souvent aussi d'ailleurs asthéniques et physiquement débiles (Paul-Boncour et Philippe), le terrain est favorable au développement de troubles plus ou moins graves : obsessions, impulsions, qui « se marquent par une grande pauvreté des motifs et une incohérence manifeste » (Heuyer).

L'entêtement ou la suggestibilité marquent à un degré moindre l'atteinte fréquente de l'affectivité.

D'où une catégorie des malades plus ou moins délimitée :

Débiles mentaux avec troubles du caractère.

III. Restent enfin ces enfants chez lesquels l'examen psychologique ne montre aucun retard, aucune pauvreté intellectuelle. Normaux, parfois bien doués, ils présentent uniquement des troubles du caractère auxquels s'associent parfois des perversions instinctives.

Le trouble dominant chez ces sujets est l'instabilité motrice ou mentale (fugues, vagabondage). Sur ce terrain d'instabilité se développent des troubles du caractère (irritabilité morbide, indiscipline, turbulence) et des perversions (malignité, inaffectivité, tendance au vol, mythomanie, érotisme précoce et perversions sexuelles).

D'autres accidents enfin (épilepsie, troubles glandulaires) sont parfois surajoutés à ces troubles fondamentaux et peuvent modifier nettement le tableau clinique.

Nous allons maintenant étudier, avec chiffres à l'appui, la fréquence absolue et relative à chaque catégorie de malades des différentes formes d'hérédosyphilis.

RÉSULTATS.

L'enquête que nous avons poursuivie en nous servant des points de repère et des classifications sus-indiquées porte sur environ 300 enfants atteints de troubles mentaux et examinés à la consultation de neuro-psychiatrie infantile par le Docteur Heuyer du mois d'octobre 1926 à février 1927.

	Malade examinés	Hérédo-S. certaine	Hérédo-S. probable	Hérédo-S. possible	Etiol. diverses	Etiol. impossible à établir
Oct.	63	4	20	6	6	27
Nov.	74	8	20	18	11	17
Déc.	59	14	12	9	11	13
Janv.	58	5	4	8	3	7
Fév.	27	8	13	12	12	13
Total	281	39	69	53	43	77

CHAPITRE III

Fréquence de l'hérédo-syphilis chez les anormaux

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ces résultats ? Une première remarque s'impose immédiatement, c'est l'extrême prédominance de la syphilis sur toutes les autres affections que l'on peut retrouver dans les antécédents des enfants atteints d'arriération mentale ou de troubles du caractère. Si nous ne tenons compte, en effet, que des cas relevant d'une spécificité certaine et probable — et nous répétons ici une fois encore que nous n'avons rangé dans l'hérédo-syphilis probable que des cas de quasi certitude ou de très grande présomption auxquels il ne manque guère que la preuve sérologique — nous trouvons que sur 281 malades la syphilis est entrée en ligne de compte 108 fois, soit dans $38 \frac{1}{2} \%$ des cas.

Mais si nous enrichissons ce pourcentage déjà élevé de tous les cas où la syphilis peut être fortement soupçonnée, la proportion monte à $57 \frac{1}{2} \%$.

Il est bien évident qu'étant donné les difficultés de l'enquête, l'absence fréquente de renseignements précis sur la famille ou sur les parents, l'impossibilité où l'on est, dans bien des cas, de pratiquer une réaction de Wassermann dans le sang, à plus forte raison une P. Lombari qui pourrait amener des surprises (nous renvoyons à l'observation dans laquelle le Wassermann fut le seul élément diagnostique), la fréquence enfin des formes cryptiques, notre statistique semble se tenir encore au-dessous de la vérité :

Dans cette masse importante de cas étiquetés :

Hérédo-syphilis possible : 53 sur 281.

Etiologie impossible à déterminer : 77, sur 281, soit au total 130 sur 281 ; il y a certainement un nombre important d'hérédos.

On peut donc affirmer sans crainte que si l'on ne retrouve avec certitude l'hérédité spécifique que dans 40 % des cas environ elle dépasse néanmoins largement ce chiffre :

Plus de la moitié des enfants atteints de troubles mentaux sont, semble-t-il, des hérédo-spécifiques.

Ces résultats ne concordent pas absolument avec d'anciennes opinions qui, tout en laissant une place à la syphilis, ne la lui accordaient pas si importante. Le Docteur Heuyer, dans un rapide exposé des étiologies à envisager chez ces jeunes malades ne lui attribuait que 25 % des cas environ.

Son opinion s'est modifiée à ce sujet depuis que, recherchant systématiquement la syphilis chez les

arriérés eux-mêmes et dans leurs antécédents, il en a constaté l'extrême fréquence.

Des statistiques analogues n'ont pas été faites à notre connaissance, mais il nous a paru intéressant de rapprocher de ces résultats ceux que l'on obtient par la méthode en quelque sorte inverse. Un auteur suédois, Gostar Ahnan, a recherché la fréquence des troubles mentaux chez un certain nombre d'hérédos spécifiques avérés. Sur 79 sujets, il en a trouvé 39 normaux :

- 8 présentant une débilité mentale légère ;
- 15 une débilité mentale accentuée ;
- 13 une débilité mentale grave allant jusqu'à l'imbécillité ;

Et de plus 2 cas d'idiotie et 2 cas de troubles de caractère sans troubles de l'intelligence.

Ces résultats nous font paraître nettement avec quelle fréquence l'intelligence est touchée chez ces sujets ; la proportion dépasse 50 %.

D'une part, nous trouvons une proportion considérable de syphilitiques parmi les enfants atteints des troubles mentaux ; d'autre part, les troubles de l'intelligence et de caractère nous apparaissent extrêmement fréquents chez les hérédos avérés. Les liens semblent donc étroits dans un très grand nombre des cas entre le développement intellectuel, le psychisme de l'enfant et l'hérédité spécifique.

De ces remarques et de ces chiffres, nous pouvons conclure à la rareté vis-à-vis de la syphilis des autres

étiologies possibles à mettre en évidence chez l'enfant et dans ses antécédents, étiologies que l'on pourrait invoquer pour expliquer les troubles mentaux.

C'est seulement en effet chez 43 de nos^e malades (soit dans une proportion de 16 %) que nous avons trouvé chez les ascendants l'alcoolisme, la tuberculose, les psychopathies, ou mis en évidence les traumatismes obstétricaux d'une part et d'autre part certaines maladies de l'enfance susceptibles de toucher le système nerveux (méningite cérébro-spinale, encéphalite léthargique, etc.)

En résumé, bien que les liens entre l'infection des ascendants et les troubles mentaux de l'enfance soient difficiles à interpréter, il n'en reste pas moins que la syphilis semble la grande responsable de l'arriération mentale, et, en général, de tous les troubles du développement intellectuel, que l'hérédotuberculose et l'hérédo-alcoolisme ont un rôle effacé et interviennent dans un nombre des cas relativement restreints.

Etudier d'une manière plus définitive la part qui peut leur être attribuée dans la genèse même des troubles sortirait de notre enquête et nous ne pouvons que signaler ici leur rareté relative chez nos jeunes malades.

CHAPITRE IV

L'hérédo-syphilis et les diverses variétés de troubles mentaux

Ayant étudié jusqu'à présent en bloc la fréquence de l'hérédo-syphilis dans les troubles mentaux de l'enfance, nous avons laissé de côté la nature même et les variétés de ces troubles.

Reprenant la distinction que nous avons ébauchée plus haut entre les diverses catégories de jeunes malades :

Idiots et débiles simples ;

Débiles avec troubles du caractère ;

Sujets présentant des troubles du caractère sans débilité mentale,

nous allons essayer de rechercher dans laquelle de ces variétés la syphilis semble le plus souvent et le plus nettement en cause :

Sur 63 hérédos, nous avons trouvé 19 cas d'idiotie, 13 cas de débilité mentale simple, 22 cas de dé-

bilité associée à des troubles du caractère et 9 cas seulement de troubles de caractère sans troubles de l'intelligence.

Il ressort de cette statistique que dans l'immense majorité des cas (54 sur 63) l'intelligence est touchée. Les troubles du caractère, s'ils existent, semblent la plupart du temps accessoires et comme secondaires à l'arriération.

Bien souvent, le niveau mental est abaissé d'une manière grave, le développement intellectuel profondément troublé.

La syphilis semble être la cause presque unique (en dehors des traumatismes obstétricaux) de l'idiotie. On la relève dans presque tous les cas d'idiotie mongolienne (Dop).

Ceci n'a rien qui puisse surprendre, c'est l'opinion de la plupart des auteurs contemporains, elle peut se résumer dans cette phrase de Leredde : « La syphilis héréditaire est la cause normale et quasi constante de l'arriération mentale ».

La question des rapports de l'hérédo-syphilis avec les troubles de caractère est infiniment plus complexe et plus sujette à discussion.

Queyrat estime qu'en dehors de l'imbécillité, de l'idiotie, de l'arriération mentale simple, on peut noter fréquemment tout une série de troubles psychiques chez les descendants à la première ou deuxième génération des syphilitiques, particulièrement, ajoute cet auteur, « une certaine instabi-

lité, des sautes d'humeur, un défaut d'équilibre cérébral, une difficulté au travail intellectuel, des impulsions ambulatoires, des colères fréquentes ».

Ce sont en effet ces troubles ou des troubles analogues que nous retrouvons parfois chez des sujets suspects d'hérédo-syphilis et nous renvoyons tout particulièrement aux observations V et XII.

Dans tous ces cas, il est bien difficile d'admettre qu'il n'y ait que coïncidence : la coexistence de la syphilis des ascendants avec les troubles du caractère, voire même les perversions de l'enfants, est évidemment plus que suspecte.

D'autres auteurs ont insisté sur ce rapport. Laignel-Lavastine, dans un essai de classification des psychopathies syphilitiques, considère que chez l'enfant, à côté des cas classiques d'affections nerveuses organiques, des cas non moins caractéristiques de troubles endocriniens (étudiés et groupés par Hutinel), il faut faire une place à l'arriération mentale sans stigmates morphologiques souvent améliorée par le traitement et aussi, point capital, à la précocité perverse. Le lien lui semble plus net entre les psychopathies infantiles et la syphilis qu'entre les troubles mentaux de l'adulte et cette dernière affection.

Toutes ces idées sur les rapports qui peuvent exister entre la syphilis et les troubles de caractère semblent trouver une confirmation dans quelques observations assez nettes que nous publions ici. On peut en établir ainsi le schéma :

— Enfant atteint de troubles de caractère, de perversions,

L'hérédo-syphilis est certaine (signes somatiques, antécédents, etc.).

Aucune autre étiologie ne peut être relevée dans les antécédents.

Le traitement spécifique institué apporte une amélioration des troubles —.

Ces cas semblent démontrer que le lien entre la syphilis héréditaire et le caractère n'est pas de pure hypothèse.

La conclusion pratique est que le traitement d'épreuve trouvera là encore une indication.

Leredde faisant allusion à des troubles analogues conclut : « J'ai vu plusieurs cas d'affections mentales d'origine hérédo-spécifique, l'action du traitement est manifeste ».

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement médical répondra à une double indication ; d'une part tenter d'atteindre la syphilis et peut-être, par là, les troubles mentaux qu'elle semble conditionner ; d'autre part, agir directement sur les glandes à sécrétion interne de manière à suppléer dans une certaine mesure à leur fréquente insuffisance : ce sont les traitements spécifiques et opothérapiques.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE.

Dans certains cas il est absolument indiqué. Ce sont ceux dans lesquels le diagnostic d'hérédosyphilis a pu être posé d'une façon certaine, tout particulièrement lorsque le Wassermann ou le Hecht sont positifs dans le sang où dans le liquide C. R.

Il s'agit là autant d'éviter ces reviviscences toujours possibles de la syphilis, de lutter contre ce ter-

rain spécifique sur lequel insiste Hutinel, que d'essayer d'agir sur les troubles mentaux eux-mêmes.

Que ferons-nous dans les cas bien plus fréquents de syphilis probable ?

Notre diagnostic repose là sur nombre de dystrophies et d'antécédents, dans la majorité des cas il semble quasi certain.

Cependant dans ces formes où l'infection semble obscure et comme dégradée c'est, en somme, la question du traitement des hérédosyphilis tardives dystrophiques qui se pose avec cette particularité qu'aux dystrophies elles-mêmes s'ajoutent des troubles mentaux. Bien que la conduite à tenir ne soit pas là absolument fixée et qu'elle semble plutôt une question d'espèce, on est en droit, le plus souvent, d'entreprendre le traitement.

Lacapère et Vallery Radot estiment qu'il « faut savoir combattre l'hérédosyphilis dans ses modalités les plus médiate, celles où l'influence de tréponème se traduit seulement par des troubles du développement ». Il semble, d'ailleurs, que de plus en plus s'étendent les indications du traitement. Tixier ne conclut-il pas, dans son rapport, sur l'hérédosyphilis à la nécessité de traiter les sujets atteints de troubles somatiques ou intellectuels quelconques même si l'hérédosyphilis n'est pas absolument démontrée : « Le développement statural et intellectuel est-il anormal on doit rechercher la syphilis.

La recherche de la syphilis doit être faite avec soin et, en cas de doute, il ne faut pas hésiter à insti-

tuer un traitement d'épreuve anti-syphilitique associé à un traitement opothérapique ».

Nous pouvons donc conclure, bien qu'il s'agisse d'une classe de malades chez lesquels les indications thérapeutiques ne sont pas encore nettement fixées mais relèvent, dans chaque cas, d'éléments de probabilité différents, à la nécessité d'instituer dans bien des cas le traitement d'épreuve.

Souvent le résultat en sera nul ou médiocre mais des cas de nette amélioration soit des troubles de l'intelligence, soit même des troubles de caractère (observ. III, IV, IX, XVII) montrent parfois qu'on était dans la bonne voie et incitent à ne pas négliger ce recours.

NATURE DE TRAITEMENT.

Dans les cas de syphilis certaine il faut **traiter et** traiter énergiquement. « D'une façon générale, dit Tixier, le traitement diffère peu de celui qui est couramment utilisé chez l'adulte ». On se servira donc du mercure, de l'arsenic, et aussi du bismuth. Le mercure sera employé sous la forme de cyanure, particulièrement indiqué dans les cas de syphilis nerveuse ou oculaire, de calomel en injections hebdomadaires de 2 ctgr. 5 à 5 ctgr. Le bi-iodure et le benzoate étant d'usage moins courant.

Ce traitement sera associé ou alternera avec le traitement arsenical : séries répétées de néo-salvarsan, mais surtout de sulfarsénol extrêmement bien toléré par l'enfant, ou d'acétylarsan.

L'hectine, l'hectargyre l'iodure associé à la médication mercurielle sous la forme de sirop de Gibert, certains sels de bismuth (Trépol) trouveront parfois aussi leurs indications.

Nous ne pouvons ici que rappeler les grandes lignes de ce traitement : sa nature, les doses, la répartition des séries, ses variations avec l'âge du malade et l'évolution de la syphilis, les intolérances et les accidents qui peuvent survenir sortant du cadre de notre étude.

Arrêtons-nous, par contre, à ces cas d'hérédosyphilis probable dans lesquels le traitement est avant tout un traitement d'essai, une tentative que l'on fait en vue d'agir par des voies indirectes sur le développement physique et intellectuel.

Tixier conseille, dans ces formes de syphilis dystrophique, dégradée, de traiter les enfants de la façon suivante : chaque année de 5 à 15 ans on fera une série arsénicale.

3 mois après une série de 6 piqûres hebdomadaires d'huile grise.

3 mois après et pendant 3 mois et 15 jours par mois de l'iode.

C'est un traitement mixte arsénico-mercuriel que le Dr Heuyer applique aussi à la plupart de ses jeunes malades du Dispensaire de neuro-psychiatrie infantile :

Une série progressive de surfarsénol sous-cutané à la dose de un ctgr. par kilo comme traitement d'essai et d'attaque.

Ultérieurement et selon les résultats obtenus l'arsenic pourra être repris sous la forme de nouvelles séries de sulfarsénol ou d'acétylarsan ou alterné avec le mercure.

Celui-ci sera employé sous la forme de benzoate et surtout de cyanure de mercure, ce dernier étant particulièrement indiqué dans tous les cas où la syphilis s'accompagne de manifestations nerveuses (convulsions, épilepsie, Little). Il est d'ailleurs remarquablement toléré chez l'enfant. Dans l'intervalle de ces séries le sirop de Gibert, l'iode, le tréparsol, serviront à la consolidation des résultats.

TRAITEMENT OPOTHÉRAPIQUE

De l'avis de la plupart des auteurs (Marfan, Tixier, Leredde, Lacapère), il doit être associé dans ces formes d'hérédo-syphilis au traitement spécifique.

Il n'est pas seulement indiqué dans les cas où nous nous trouvons en présence d'un syndrome révélant nettement l'atteinte plus ou moins profonde d'une ou de plusieurs glandes à sécrétion interne : thyroïde, hypophyse, surrénale, etc., tels que : (myxœdème, Basedow, syndrome adiposo-génital, acromégalie, infantilisme, syndrome pluri-glandulaire de Claude et Gougerot).

Les troubles simples du développement intellectuel marqueraient, en effet, une insuffisance endocrinienne souvent difficile à caractériser, contre laquelle, cependant, on peut tenter d'agir par les

extraits glandulaires, en particulier l'extrait thyroïdien.

En effet, les travaux actuels (Laignel-Lavastine, Barthélemy) tendent à montrer que la dystrophie glandulaire due à la syphilis semble dans une certaine mesure responsable de certains troubles intellectuels ou des troubles du caractère. Elle serait le lien entre l'infection des parents et bien des troubles mentaux de l'enfant.

Barthélémy, dans sa thèse, résume ainsi ces rapports : « La constitution, le tempérament, ne seraient que la caractéristique dynamique de l'organisme, la résultante des phénomènes d'équilibre et de suppléance entre les diverses glandes à sécrétion interne. Etant donné la prédilection de la syphilis pour la moelle osseuse, les surrénales, l'hypophyse, la thyroïde on conçoit bien comment elle peut être appelée à exercer son action sur l'intelligence et le caractère ».

Dans ces cas où l'atteinte endocrinienne se révèle par un syndrome net tel qu'un syndrome pluri-glandulaire, la syphilis est en effet extrêmement fréquente : Ziehen relève chez 50 % de ces malades un Wassermann positif. Findlay et Robertson retrouvent la syphilis dans 60 % des cas.

Higgins dans 50 cas de troubles endocriniens trouve le Wassermann 21 fois positif.

On conçoit donc que dans les cas où les perturbations des glandes à sécrétion interne quoique moins importantes sont cependant nettes et se traduisent

avant tout par des troubles psychiques la syphilis en soit, là aussi, la cause principale.

En résumé, il semble bien, que beaucoup de dystrophies, les troubles de la croissance, du développement intellectuel, du caractère sont dues pour une bonne part à l'atteinte précoce des glandes à sécrétion interne : hypothèse qui semble s'appuyer d'une part sur la fréquence des lésions de ces glandes chez les nouveau-nés hérédospécifiques, d'autre part, sur le nombre et la variété considérable des troubles endocriniens observés chez les arriérés, suspects de syphilis.

De ces remarques nous pouvons tirer quelques arguments de plus pour le traitement spécifique, mais nous y trouvons surtout des raisons de valeur en faveur du traitement opothérapique.

Quel traitement sera le plus approprié à ces syndromes endocriniens sans netteté ? A ces formes d'atteinte pluri-glandulaire s'adresse une thérapeutique mixte et chaque cas aura ses indications particulières.

Appert a schématisé nettement les résultats que l'on doit attendre de l'opothérapie simple ou complexe et nous ne saurions mieux faire que reproduire ici ses conclusions :

« La thyroïde active l'évolution osseuse et l'évolution génitale simultanément.

« La surrénale active le développement sexuel et les caractères sexuels secondaires.

« L'hypophyse produit l'activation de l'accroissement en hauteur de la taille avec l'arrêt du développement sexuel et de la tendance à la soudure des cartilages d'accroissement.

« En principe, l'opothérapie thyroïdienne trouve son emploi dans les arrêts et retards du développement génital (taille, dentition, marche, intelligence) et sexuel (infantiliome simple).

« L'opothérapie surrénale sera indiquée dans les états languissants avec affaiblissement, apathie et allongement exagéré de la taille.

« L'opothérapie hypophysaire trouve des indications chez des sujets trapus, obèses, hirsutes, chez qui la puberté apparaît de façon trop précoce ».

Nous pouvons déduire de ces remarques qu'en présence des troubles intellectuels simples allant de l'idiotie à la simple débilité mentale, il s'agit avant tout d'agir sur la fonction thyroïdienne, c'est d'elle, semble-t-il, que dépend en grande partie — mises à part les lésions organiques du système nerveux — le ralentissement et les troubles de l'intelligence. Les très fréquents troubles du métabolisme basal, relevés chez ces sujets, en apportent encore une preuve.

L'extrait thyroïdien sera donc la médication de choix chez les arriérés, qu'ils soient ou non dystrophiques. C'est à elle qu'il semble falloir attribuer bien des améliorations, marquées surtout par un éveil intellectuel net, chez nos jeunes malades.

Rappelons d'ailleurs que de tous les extraits glandulaires l'extrait thyroïdien semble le plus actif.

« C'est la médication thyroïdienne, dit Tixier, qui donne les meilleurs résultats, même lorsque la glande thyroïde ne semble ni seule ni particulièrement atteinte ».

La dose quotidienne habituellement adoptée qui est de 5 milligr. d'extraits sec total pour un jeune enfant s'élève à 1 ou 2 centgr. vers 5 ans et peut atteindre 10 ctgr. entre 10 et 15 ans.

C'est là une dose classique ; il faudra néanmoins surveiller le pouls, le poids, la température et l'état nerveux même du malade au cours du traitement.

Nous n'insisterons pas sur les autres formes d'opothérapie : l'extrait surrénal ou hypophysaire auront leurs indications particulières et seront d'ailleurs le plus souvent associés à l'extrait thyroïdien.

CHAPITRE VI

Résultats du traitement

Troubles intellectuels. Rien n'est plus incertain, variable et imprévisible que le résultat d'un traitement spécifique et opothérapique chez les arriérés, suspects d'hérédo-syphilis.

Pour ce qui est de la syphilis en particulier, on conçoit que dans ces formes dystrophiques l'arsenic ou le mercure ne puissent atteindre ce seuil de l'affection dont parle Hutinel et que l'action en soit dans bien des cas nulle. Ce qui d'ailleurs ne peut naturellement pas faire rejeter le diagnostic.

Le traitement opothérapique de même a une action curative, variable selon les sujets, amenant parfois de remarquables progrès — le rapide éveil de l'intelligence.

Cependant il est une notion sur laquelle ont insisté Lacapère et Valary Radot, c'est la date d'institution des deux traitements.

Ces auteurs décrivent schématiquement trois périodes dans l'évolution des formes dystrophiques (avec ou sans troubles mentaux) de l'héredo-syphilis :

I. Une période précoce, le traitement spécifique guérit les accidents et les guérit définitivement ;

II. Une période intermédiaire où on n'obtient plus que des succès incomplets beaucoup plus lents à condition d'adjoindre au traitement spécifique le traitement opothérapique ;

III. Une période tardive : le traitement spécifique est sans effet et la médication opothérapique agit pendant le temps où elle est administrée, mais sans pouvoir guérir les accidents. »

Dans les observations que nous avons recueillies il nous a, en réalité, été très rarement donné d'observer de guérisons complètes.

Dans bien des cas, chez les sujets de 15 ou 16 ans, dont les troubles de développement intellectuel sont d'évolution ancienne nous avons, par contre, observé des améliorations nettes et durables. Tandis que des enfants plus jeunes restaient insensibles à tous les traitements.

Il semble donc difficile, d'après l'âge du malade, le mode du développement des troubles intellectuels, de prédire une action favorable ou nulle du traitement. Il n'y a, semble-t-il, qu'une série de cas particuliers dont il faut tâter la sensibilité aux diverses thérapeutiques sans trop préjuger du succès.

Il est difficile, ici, d'établir des statistiques. Outre que l'on ne peut suivre pendant longtemps beaucoup de ces jeunes malades, le caractère même des améliorations constatées est délicat à établir tant au point de vue de la durée que du degré. Aussi ne pourrions-nous que citer au milieu de résultats incertains ou négatifs quelques observations assez nettement favorables.

Troubles du caractère. — Là encore bien qu'on ne puisse le prévoir avec certitude, un traitement spécifique simple et dans d'autres cas associé à l'opothérapie peut amener des résultats intéressants.

Sous l'influence d'une ou de deux séries de sulfarsénol certains de ces malades semblent se transformer : leur caractère s'amende, les perversions disparaissent pour un temps tout au moins. Ces améliorations, dans certains cas, se sont maintenues des mois et se maintiennent encore. Nous renvoyons à ce sujet aux observations publiées plus loin.

Observations

OBSERVATION I

P. Th..., 7 ans $\frac{1}{2}$ le 10 nov. 1926.

Idiotie avec troubles du caractère ; hérédo-syphilis certaine, dystrophies, Wassermann positif chez le père et la mère.

Examen mental : troubles psychiques caractérisés par idiotie (le malade ne parle pas, a marché à 2 ans $\frac{1}{2}$, incompréhension totale).

Troubles du caractère : instabilité, agitation. Enfant inéducable.

Examen somatique : légère hydrocéphalie, stigmates dentaires (dents mal plantées, crénelées, présentant des érosions multiples), voûte palatine ogivale ; réflexes tendineux vifs ; les pupilles réagissent à la lumière ; Wassermann négatif.

Antécédents personnels : né à 8 mois $\frac{1}{2}$; accouchement normal ; première dent : 7 mois ; a marché à 2 ans $\frac{1}{2}$; n'est pas encore propre.

Convulsions à l'âge de 15 jours qui se sont reproduites jusqu'à l'âge de 2 ans.

Opéré des végétations adénoïdes.

Antécédents héréditaires : collatéraux : un frère mort de gastéro-entérite.

Père : syphilitique ; en traitement à la Salpêtrière. Wassermann positif.

Lignée paternelle : son père : mort diabétique. Sa mère : morte à 42 ans, tuberculeuse. 3 sœurs : deux jumelles arriérées.

Mère syphilitique. Wasserman positif. Traitée pendant la grossesse.

Lignée maternelle : son père : mort diabétique ; sa mère : morte d'une phlébite ; 2 frères et sœurs : bien portants.

19 janvier 1927 : Le malade a eu un traitement spécifique : 10 piqûres de Benzoate de Hg.

Amélioration considérable pendant le traitement : augmentation de poids, éveil intellectuel. Le malade va à l'école. Recopie les lettres, montre son nez, sa bouche, ses oreilles. Donne son nom, son sexe, répond aux tests de 4 ans, ce qui constitue sur l'état antérieur une amélioration notable.

Dans cette observation le diagnostic de la syphilis héréditaire, que rendaient très probable la présence de multiples signes dystrophiques, dentaires notamment, est amené à la certitude par l'étude des antécédents.

Le Wassermann est positif chez les parents, la mère a été traitée pendant la grossesse.

Dans ce cas net, le traitement a apporté une grosse amélioration des troubles profonds de l'intelligence.

OBSERVATION II

L'Hig...., 16 ans.

Débilité mentale avec troubles du caractère.

Hérédo-syphilis certaine (pas de signes somatiques

mais W. positif et antécédents héréditaires de syphilis).

Examen mental : débilité intellectuelle, âge mental 10 à 11 ans.

Le sujet sait lire et écrire ; la lecture est précipitée et distraite. L'écriture médiocre. Le calcul faible. Il ne sait pas sa table de multiplication. Retard scolaire : 3 ans environ.

Troubles du caractère assez accentués : instabilité : fugues répétées. Vols. Mythomanie.

Examen somatique : aucune dystrophie. L'examen ne montre qu'un écoulement d'oreille à gauche.

Wassermann positif + + +.

Antécédents personnels : né à 7 mois ; poids 3.200 gr. Accouchement normal.

Première dent : 8 mois.

Marche : 15 mois.

Parole : 20 mois.

Propreté : 2 ans.

Scarlatine et bronchopneumonie à 4 ans et demi.

Enurésie jusqu'à 5 ans.

Antécédents héréditaires : collatéraux : un enfant mort à 1 mois athrétique ; deux filles bien portantes ; un fils atteint d'encéphalite léthargique.

Père : mort à 52 ans d'une rupture d'anévrisme.

Son père : mort de paralysie à 71 ans.

Sa mère : aliénée, morte à l'asile à 49 ans. Paranoïa.

Deux frères et sœurs morts du croup ; deux morts de typhoïde.

Mère : en bonne santé. 3 fausses couches ont précédé à la naissance de l'enfant.

Son père : mort à 59 ans (?).

Sa mère : morte de vieillesse.

Une sœur bien portante.

Traité au sulfarsénol : 1 série : amélioration nette.

Ici apparaît nettement le polymorphisme de l'héredo-syphilis. L'enfant ne présente aucune dystrophie. L'examen somatique est négatif.

Par contre, une ectasie aortique chez le père, 3 fausses couches chez la mère suffiraient à rendre la syphilis probable si le Wassermann ne venait apporter une certitude.

OBSERVATION III

M. Fe..., 16 ans. 13 janvier 1926.

Débilité mentale avec troubles du caractère.

Héredo-syphilis certaine (Wassermann et Hecht positifs).

Père syphilitique.

Examen mental : Troubles du développement intellectuel : âge mental 13 ans.

Retard scolaire 3 ans. Débilité. Niaiserie. Paresse.

Travail difficile.

Troubles du caractère : peu d'affectivité. Mythomanie de défense. Hâblerie fantastique et vaniteuse. Pas de fugue. Pas de vols.

Caractère difficile : orgueilleux, paranoïaque. Instabilité.

Examen somatique : Infantilisme. Retard des signes de prépuberté. Dents mal plantées. Rien d'autre à l'examen organique.

Wassermann faiblement positif.

Antécédents héréditaires : les seuls antécédents connus sont ceux du père.

Père : syphilitique avéré. Soigné de longues années. Mort à 42 ans de congestion cérébrale.

6 avril 1926. — Malade traité par 10 piqûres de Benzoate de mercure : amélioration considérable. Augmentation de la taille. Les signes de prépuberté sont apparus très vite. Le malade a maintenant beaucoup de poils. Amélioration des troubles du caractère. On est content de lui. Le malade est plus calme. Eveil intellectuel net.

25 avril 26 : L'amélioration des troubles du caractère continue.

Malade mis à l'iodure.

La syphilis se manifeste presque uniquement par les troubles mentaux. Les signes somatiques sont au minimum.

Les réactions humorales et les antécédents apportent en effet la certitude.

Le traitement, là encore semble avoir apporté une nette amélioration des troubles de l'intelligence comme des troubles du caractère.

OBSERVATION IV

R... Do..., 13 ans.

Débilité mentale, avec troubles du caractère.

Hérédo-syphilis certaine (quelques signes somatiques).

Wassermann positif chez l'enfant.

Hecht positif chez les collatéraux.

Examen mental : débilité intellectuelle. Age mental 11 ans.

Retard scolaire d'environ 3 ans.

Troubles du caractère : paresse, entêtement, mythomanie, inaffectivité, colères violentes. Pas de fugues, ni de vols.

Inéducable. Il a été renvoyé de l'école.

Examen somatique : Bonne denture, mais présence du tubercule de Carabelli. Voûte palatine très ogivale. Thorax légèrement rachitique.

Wassermann positif +.

Antécédents personnels : né à terme. Accouchement au forceps.

Première dent : P. Marche : 2 ans. Parole : a parlé à l'âge normal. A uriné au lit jusqu'à 6 ans.

Pas d'antécédents convulsifs. Rougeole avec congestion pulmonaire.

Antécédents héréditaires : collatéraux : une fille de 17 ans, bien portante, mais chez elle : Wassermann négatif, Hecht positif.

Père : bien portant, sobre. Son père : mort tuberculeux. Sa mère : très bien portante.

Mère : atteinte de tuberculose pulmonaire. A eu une fausse couche d'un mois. Wassermann négatif, Hecht positif.

Son père : mort à 40 ans tuberculeux, sa mère : morte à 72 ans. 2 sœurs et 1 frère bien portants.

Il y a là associé au Wassermann, quelques signes somatiques. Nous notons au passage la présence du tubercule de Carabelli dans un cas d'hérédo-syphilis certaine.

Chez les collatéraux le Hetch est positif alors que la réaction de Wassermann est négative. Nous avons signalé cette dissociation fréquente dans les formes dystrophiques.

Là le traitement n'a pu être institué.

OBSERVATION V

J. Gr..., 17 ans $\frac{1}{2}$.

Troubles du caractère sans troubles de l'intelligence.

Hérédo-syphilis certaine (syphilis des parents nette).

Examen mental : Pas de débilité intellectuelle.

Instabilité (a fait plusieurs places et plusieurs métiers).

Indifférence. Perversions instinctives :

Mauvaises fréquentations. Mythomanie. Vols répétés.

Très mauvaises tendances (boit, joue, fume).

Examen somatique : aucun signe somatique. Aucune dystrophie.

Antécédents personnels : né à terme. Accouchement normal.

Première dent : âge normal.

Marche : âge normal.

Parole : de bonne heure.

Propreté : normale.

A la naissance gros testicules ; soigné par des frictions mercurielles, le testicule a repris une taille normale.

Opéré des végétations à 7 ans.

Rougeole. Varicelle. Oreillons.

Wassermann négatif.

Antécédents héréditaires : collatéraux : 2 sœurs bien portantes : 16 et 6 ans. Un enfant mort à 7 mois, qui était le premier enfant. L'aîné des enfants vivants est né 7 ans après. La mère et le père se sont soignés dans l'intervalle.

Père : spécifique depuis 25 ans. Le Wassermann a été négatif il y a 6 ans.

Parents : morts âgés.

6 frères et sœurs bien portants.

Mère : spécifique, contaminée par son mari.

Son père : mort d'un cancer de la langue.

Sa mère : bien portante.

Amélioration nette des troubles du caractère sous l'influence d'une série de sulfarsénol.

Le caractère est aux dires de la famille plus facile et les perversions ne se manifestent pas.

Ici bien que l'examen somatique de l'enfant et les recherches humérales n'apportent aucun élément de diagnostic, l'hérédité spécifique semble certaine.

Les parents sont syphilitiques depuis 25 ans, ils ont été traités à plusieurs reprises.

— Les troubles sont uniquement des troubles du caractère et là encore le traitement semble avoir agi.

OBSERVATION VI

J..Ol..., 6 ans $\frac{1}{2}$.

Idiotie, avec troubles légers du caractère.

Hérédo-syphilis certaine (quelques signes dystrophiques. Wassermann positif. Pas d'antécédents nets.

Examen mental : idiotie (sclérose cérébrale infantile). Ne parle pas. Turbulence. Terreurs nocturnes. Colères. Pas de somnambulisme.

Examen somatique : assez bonne denture. Voûte ogivale.

Méplat occipital.

Wassermann positif. Ponction lombaire : rien d'anormal dans le liquide.

Examen oculaire : nystagmus léger à droite. Pas de lésions papillaires.

Antécédents personnels : accouchement normal (la mère aurait eu une grosse émotion au cinquième mois de la grossesse).

Première dent : 1 an.

Marche : 3 ans.

Pas de convulsions ou d'autres antécédents.

Antécédents héréditaires : collatéraux : 1 garçon de 8 ans bien portant.

Pas d'enfants morts, ni de fausses couches de la mère.

Père : bien portant, Wassermann négatif.

Son père : mort d'accident, éthylique.

Sa mère : morte des suites de couches.

11 frères et sœurs : 9 bien portants.

Mère : bien portante. Wassermann négatif.

Son père et sa mère bien portants.

C'est là encore le Wassermann uni à quelques dystrophies qui vient signer le diagnostic bien que l'étude des antécédents soit entièrement négative.

OBSERVATION VII

R. Le..., 2 ans $\frac{1}{2}$.

Retard du développement avec troubles du caractère.

Epilepsie.

Hérédo-syphilis certaine (Wassermann positif. Grosses dystrophies. Hérité convulsive).

Examen mental : retard du développement moteur et intellectuel.

A marché à 2 ans. Ne parle pas.

Instabilité constitutionnelle. Impulsivité.

Malinïté (il mord, griffe, pousse des cris, se cogne contre les murs).

Examen somatique : gros crâne. Front olympien. Incisives supérieures écartées. Dents précocement cariées. Thorax en entonnoir. Membres rachitiques. Pas d'ectopie testiculaire, ni de malformation cardiaque.

Aucun autre signe somatique.

Wassermann positif.

P. L. aucun trouble dans le liquide.

Antécédents personnels : pas de convulsions. Végétations adénoïdes.

Antécédents héréditaires : collatéraux : 2 autres enfants : 10 et 6 ans, bien portants.

Père : éthylique. Atteint de bronchite chronique.

Il présente une leucoplasie buccale et un Wassermann positif.

Son père : mort d'un cancer.

Sa mère : morte de congestion cérébrale.

Une sœur bien portante.

Mère : aurait eu une congestion cérébrale ? avant la grossesse. Une fausse couche de 2 mois avant l'enfant.

Son père : mort des suites d'une opération.

Sa mère : 73 ans, bien portante.

14 frères et sœurs dont 4 vivants (un tué à la guerre, un mort tuberculeux à 30 ans, un mort interné à 30 ans, un mort avant 20 mois de méningite et de convulsion).

1 décembre 1926 : A eu un traitement : 10 piqûres de sulfarsénol. Depuis ce traitement il dort mieux, est moins agité, il mange bien, on n'est plus obligé de le nourrir de force.

Eveil intellectuel : commence à jouer avec ses frères.

9 février 1927 : nouveau traitement (sulfarsénol. Sirop de Gibert). L'enfant mange bien. Augmente de poids. A un bien meilleur état général, mais il présente quelques absences à type comitial.

Tout concourt ici au diagnostic (Wassermann + chez l'enfant et les parents, grosses dystrophies. Hérité convulsive).

Le traitement semble avoir, là, nettement agi.

OBSERVATION VIII

P.-L. G..., 2 ans.

Idiotie.

Hérédo-syphilis certaine (pas d'antécédents mais grosses dystrophies et Wassermann positif dans le L. C. R. alors qu'il est négatif dans le sang).

Examen mental : retard du développement physique et mental. Il reconnaît ses parents, et leur sourit mais il ne marche pas, ne parle pas, n'est pas propre.

Examen somatique : raideur. Marche spasmodique. Pas de signes de Babinski mais les réflexes sont vifs.

Front olympien. Méplat occipital. Grosses amygdales. Langue scrotale. Malformations dentaires : incisives supérieures érodées, usées, identiques aux canines.

Wassermann négatif dans le sang.

P. L. albumine 0,20. Pas de réaction cellulaire. Wassermann positif.

Antécédents personnels : a eu des convulsions à l'âge de 3 mois qui se sont répétées il y a 2 mois suivies de parésie du membre supérieure gauche.

Antécédents héréditaires : Père : bien portant, sobre.

Ses parents : bien portants.

Un frère alcoolique. Une sœur bien portante.

Mère : morte tuberculeuse. Une fausse couche avant la naissance de l'enfant.

Son père est tuberculeux.

Sa mère : bien portante.

Un frère éthylique. Une sœur chétive : a eu 3 fois des jumeaux (1 seul vivant, les autres en bas âge, sauf un mort de méningite à 5 ans).

Dans ce cas, de grosses malformations caractéristiques suffiraient au diagnostic, bien que le Wassermann soit négatif dans le sang.

Fait un peu particulier, la réaction est positive dans le liquide céphalo-rachidien.

Cela en l'absence, semble-t-il, de réaction méningée.

OBSERVATION IX

R. We..., 14 ans.

Débilité intellectuelle avec perversions.

Hérédo-syphilis probable (malformations multiples notamment mains et pieds palmés. Quelques antécédents)..

Examen mental : débilité intellectuelle. Age mental 11 ans.

Troubles du caractère et perversions. Inaffectivité. Mythomanie calomnieuse (faux enfant martyr). Vols.

Examen somatique : crâne petit. Prognathisme de la mâchoire supérieure. Dents mal plantées, érodées, usées. Incisives écartées.

Malformations auriculaires.

Thorax étroit, rachitique.

Onychophagie. Microsphygmie. Acrocyanose des extrémités. Engelures.

Réflexes vifs.

Insuffisance thyroïdienne : M. B. diminué de 35 %.

Antécédents personnels : a eu des doigts palmés (mains et pieds, et a été opéré). Pas de convulsions. Rougeole. Coqueluche. Typhoïde à 7 ans.

Antécédents héréditaires : fils unique. Père : mort à la guerre ; avait les pieds palmés. Son père : mort à 67 ans (p). Sa mère morte tuberculeuse.

Mère : bien portante. Son père mort tuberculeux à 33 ans. Sa mère : morte à 73 ans de congestion. Une sœur

bien portante ; 3 enfants morts en bas âge de méningite après convulsions.

Traitement spécifique (sulfarsenol) et thyroïdien.

Amélioration nette des troubles intellectuels et des troubles du caractère sous l'influence du traitement.

Le diagnostic de probabilité repose presque entièrement sur une série de malformations, dentaires notamment, que seule la syphilis semble pouvoir causer.

Notons ici, la présence d'une hérédité curieuse : l'enfant, comme son père, avait à la naissance, les pieds et les mains palmées.

Il s'agit, vraisemblablement, d'une syphilis de 2° ou de 3° génération.

L'amélioration a été nette sous l'influence du traitement spécifique associé, il est vrai, au traitement opothérapique.

OBSERVATION X

A. Br..., 12 ans.

Débilité mentale avec troubles du caractère.

Hérédo-syphilis probable (quelques signes dystrophiques. Avant tout un strabisme convergent héréditaire. Polyléthalité des collatéraux).

Examen mental : débilité mentale légère (âge mental 10-11 ans).

Retard scolaire de 3 ans.

Troubles du caractère : enfant désobéissant, coléreux, menteur. Tendance aux fugues.

Examen somatique : dents mal plantées ; précocement cariées. Voûte palatine très ogivale.

Strabisme convergent.

Antécédents personnels : né à terme. Accouchement normal.

Première dent : 9 mois.

Marche : 9 mois.

Parole : 18 mois.

Propreté : 1 an.

Pas de convulsions. Rougeole.

Antécédents héréditaires : collatéraux : 1 garçon bien portant.

2 morts : 1 de méningite à 5 ans ; l'autre 3 jours après la naissance (accouchement difficile). Pas de fausses couches.

Père : tué à la guerre. Son père : aveugle. Sa mère : morte jeune. Deux frères tués à la guerre.

Mère : bronchitique. Strabisme convergent congénital. Son père : mort très âgé. Mère : morte (p). 8 frères et sœurs bien portants.

Un strabisme convergent héréditaire, quelques signes somatiques, la polylethalité des collatéraux : autant de signes qui rendent une étiologie spécifique bien probable.

OBSERVATION XI

P... Que..., 10 ans et demi.

Troubles du caractère simples.

Hérédo-syphilis probable (dystrophies. Antécédents maternels nets).

Examen mental : pas de débilité mentale.

Troubles épileptoïdes du caractère. Instabilité. Apathie.

Impulsivité. Colères.

Terreurs nocturnes.

Tics multiples.

Examen somatique : dents très mal plantées, érodées, usées, précocement cariées. Voûte palatine très ogivale.

Gros corps thyroïde. Sourcils rares. Tachycardie.

Ectopie testiculaire à gauche.

Antécédents personnels : pas de convulsions. Opéré de végétations. Rougeole. Varicelle. Coqueluche. Oreillons.

Antécédents héréditaires : collatéraux : 2 sœurs, une délicate.

Père : bien portant.

Son père a été interné.

Mère : a subi plusieurs opérations (salpingite). Elle a une inégalité pupillaire et un signe d'Argyll positif. Plusieurs fausses couches. Son père : mort (?). Sa mère : bien portante.

Les dystrophies dentaires marquées s'associent à une hérédité maternelle nette, pour établir la probabilité.

Il ne s'agit là que de troubles du caractère simple.

Il est cependant à noter que le grand-père paternel a été interné.

Aucun traitement n'a pu être établi.

OBSERVATION XII

B. Tr..., 4 ans et demi.

Troubles du caractère. Epilepsie.

Hérédo-syphilis probable (Multiples dystrophies. Pas d'antécédents).

Examen mental : légère débilité intellectuelle : âge mental 3 ans et demi. Malade coléreux, irritable. Turbulence. Instabilité. Crises comitiales, s'est mordu la langue. Crises nocturnes. Troubles du sommeil, cauchemars. Absences fréquentes.

Examen somatique : dents petites, érodées, rebord biseauté. Voûte palatine très ogivale. Front olympien. Crâne augmenté de volume. Thorax nettement rachitique. Cryptorchidie à gauche. Séquelles d'une hémi-parésie gauche, survenues au cours des convulsions infantiles (diminution de la force musculaire à gauche avec raideur. Réflexe rotulien normal à gauche, aboli à droite. Babinski à gauche. Légère déviation de la langue à gauche).

Wassermann et P. L. négatifs.

Antécédents personnels : accouchement long mais sans forceps.

Première dent : 7 mois.

Marche : 17 mois.

Parole : 2 ans.

Propreté : 2 ans et demi.

A 17 mois, convulsions : 8 grandes crises et petites crises fréquentes. A leur suite, apparition des crises comitiales.

Antécédents héréditaires :

Père : bien portant, sobre. Sa mère : morte toute jeune, tuberculeuse. Une sœur a eu des convulsions ; est actuellement infirme. 3 frères et sœurs morts jeunes.

Mère : bien portante. Ses parents sont bien portants. Un frère bien portant. Un mort de méningite à 2 ans.

Actuellement en traitement (sulfarsenol).

En l'absence d'un Wassermann et de tout antécédent net, de multiples dystrophies caractéristiques

des séquelles d'hémi-parésie, des convulsions essentielles suffisent à établir un diagnostic quasi certain.

Là encore il ne s'agit que de troubles du caractère simples.

Le lien entre la syphilis et ces troubles semble ici particulièrement étroit.

L'enfant est de plus épileptique.

OBSERVATION XIII

M. Gu..., 13 ans.

Imbécillité simple.

Hérédo-syphilis probable (malformations multiples et typiques).

Examen mental : imbécillité (âge mental 6 ans).

Troubles de la parole. Lecture à peine syllabique. Ecriture médiocre. Calcul nul. Retard scolaire de 5 ans.

Aucun trouble du caractère.

Examen somatique : malade de petite taille présentant des malformations multiples : crâne asymétrique, malformations des oreilles et des mains. Fente de la voûte palatine. Dents d'hérédo-typiques, mal plantées, érodées, crénelées, écartées, usées.

Thorax un peu étroit.

Wassermann négatif.

Antécédents personnels : né à 7 mois et demi, Accouchement rapide.

Première dent : 2 ans.

Marche : 3 ans.

Parole : ne parle pas bien.

N'est pas propre.

Rougeole. Coqueluche. Bronchite.

Convulsions à 2 ans et demi.

Opéré : suture du voile du palais.

Antécédents héréditaires : collatéraux : une sœur de 12 ans, bien portante.

Père : tué à la guerre, sobre. Son père : mort éthylique. Sa mère : bien portante. Quatre frères et sœurs bien portants.

Mère : bien portante. Son père : mort d'un cancer. Sa mère : morte de congestion pulmonaire. Un frère et deux sœurs bien portants.

N'a pu être traité.

Des malformations typiques, en l'absence d'antécédents, suffisent à rendre le diagnostic d'hérédosyphilis plus que probable.

OBSERVATION XIV

R. Dus..., 12 ans.

Débilité mentale avec troubles du caractère.

Hérédosyphilis probable (malformations multiples).

Examen mental : débilité intellectuelle (âge mental (10 ans).

Scolarité médiocre.

Troubles du caractère. Perversions instinctives : instabilité, paresse, inaffectivité, agitation par intervalle, indiscipline, fugues et vols à répétition.

Examen somatique : malformations craniennes visibles à la radiographie ; crâne en carène ; élargissement des os à la base du nez ; stigmates dentaires d'hérédosyphilis : dents érodées, laminées, avec incisures transversales. Ectopie testiculaire droite. Spina bifida occulta. Accrocyanose des extrémités.

Antécédents personnels : né à terme. Accouchement normal.

Première dent : 4 mois.

Marche : 3 ans et demi.

Parole : 3 ans.

Enurésie persistante.

Rougeole à 1 an. Coqueluche. Bronchite. Diarrhée verte à 2 ans.

Antécédents héréditaires : collatéraux : 5 autres enfants dont 2 jumeaux bien portants.

Père : tué à la guerre.

Mère : bien portante.

Malade traité (sulfarsénol).

Eveil intellectuel net.

Pas d'amélioration des troubles du caractère.

Malade traité (sulfarsénol).

Eveil intellectuel très net.

Pas d'amélioration des troubles du caractère.

OBSERVATION XV

H. Ro..., 11 ans.

Débilité mentale et troubles du caractère.

Hérédo-syphilis probable (signes somatiques ; hérédité convulsives).

Examen mental : débilité mentale. Arriération scolaire (âge mental 8 ou 9 ans. Retard scolaire de 3 ans).

Troubles du caractère : Impulsivité. Fugues à répétition. Fugues brusques, inutiles, mais conscientes et non amnésiques.

Examen somatique : mauvaise denture. Dents d'hérédité : usées, érodées, laminées. Voûte palatine très ogivale.

Médiocre développement physique. Aucun autre trouble.

Wassermann négatif.

Antécédents personnels : né à terme. Accouchement normal.

Première dent : 8 mois.

Marche : 7 mois.

Parole : 2 ans.

Propreté : 10 ans.

A 18 mois, convulsions qui se se sont pas reproduites. Scarlatine. Rougeole. Coqueluche.

Antécédents héréditaires :

Père : bien portant. Son père : mort à 55 ans. Sa mère : bien portante. 2 frères et sœurs : bien portants.

Mère : bien portante. Une fausse couche après la naissance de l'enfant. Son père : bien portant. Sa mère : bien portante. 5 frères et sœurs bien portantes ; 10 morts de convulsions.

Traitement spécifique : sulfarsenol.

Pas de résultat net.

Notons dans cette observation cette nette hérédité convulsive du côté maternel qui semble indiquer une syphilis de 2° ou de 3° génération.

OBSERVATION XVI

M. Du..., 10 ans.

Débilité mentale avec troubles du caractère et perversions.

Hérédo-syphilis probable (signes somatiques nets. Hérédité convulsive).

Examen mental : légère débilité intellectuelle (âge

mental 8-9 ans). Retard scolaire considérable par insuffisance d'école. Lecture à peine syllabique. Ecriture : sait signer son nom. Attention défectueuse. Lenteur de réponses et négligence.

Tendances perverses : vols répétés. Mythomanie.

Examen somatique : dents d'hérédité nettes : érodées, usées, cariées.

Rate augmentée de volume, percutable. Foie gros.

Réflexes normaux. Pas de signes de prépuberté.

Légère acrocyanose.

Aucun autre signe somatique.

Antécédents personnels : né à terme. Poids un peu élevé, 4.650 gr.

Accouchement normal.

Marche : 2 ans et demi.

Parole : 1 an.

Propreté : 8 mois.

Bronchite à 6 mois. Rougeole à 6 ans.

Aurait eu une méningite à 7 ans, accompagnée de vomissements. Crises convulsives répétées depuis l'âge de 2 ans.

Antécédents héréditaires : collatéraux : un garçon de 15 ans a eu des convulsions et des troubles intitulés « méningite ».

Père : bien portant, éthylique.

Son père : mort (p).

Sa mère : bien portante.

6 frères et sœurs : bien portants.

Mère : bien portante. Son père : mort d'une congestion pulmonaire. Sa mère : morte d'une péritonite aiguë. 5 frères et sœurs : 3 morts de méningite et de convulsions.

Traitement institué : injections de sulfarsenol.

Pas de résultat appréciable.

Là encore, hérédité convulsive associée à des dystrophies.

Des perversions s'associent à la débilité mentale.

OBSERVATION XVII

J. De..., 6 ans.

Troubles du caractère sans aucun trouble de l'intelligence.

Hérédo-syphilis probable (dystrophies multiples et caractéristiques).

Examen mental : enfant bien doué au point de vue intellectuel.

Supérieur à la normale.

Troubles du caractère marqués surtout par de l'instabilité.

Hyperémotivité. L'enfant est très nerveux et a perdu connaissance plusieurs fois à la suite d'émotions (coupure, blessure).

Sommeil agité, insomnie. L'enfant parle, crie la nuit. Pas de somnambulisme. Pas d'impulsions. Pas de fugue. Pas d'irritabilité.

Masturbation.

Examen somatique : dents usées, érodées, précocement cariées.

Incisives supérieures très écartées.

Elles ont la forme caractéristique de la dent en tournevis ou dent d'Hutchinson.

Voûte palatine très ogivale.

Bosses frontales saillantes.

Veines frontales très marquées.

Malformation auriculaire.

Adénopathie cervicale chronique.

Réflexes normaux.

Pas d'ectopie testiculaire.

Aucun autre signe physique. Cependant il faut ajouter que l'enfant est mal développé, a un aspect chétif.

Antécédents personnels : pas de convulsions, seulement crises nerveuses, n'affectant pas un caractère comitial.

Entérite jusqu'à 5 ans.

Antécédents héréditaires : collatéraux : un enfant de 3 ans bien portant. Pas d'enfants morts.

Père : bien portant ; son père : bien portant ; sa mère : bien portante. A fait 3 fausses couches de 3 mois spontanées au début du mariage ; une sœur bien portante.

Mère : bien portante. Pas de fausses couches ; son père : mort d'une grippe ; sa mère : morte d'un cancer ; 3 frères et sœurs bien portants.

Traitement spécifique. Sulfarsenol.

Amélioration des troubles du caractère.

Aucun antécédent, mais on ne voit pas quelle autre étiologie pourrait donner ce tableau chargé de dystrophies si caractéristiques d'ailleurs de l'hérédosyphilis.

Là encore, les troubles du caractère semblent relever de cette hérédité.

OBSERVATION XVIII

J. Si..., 5 ans $\frac{1}{2}$.

Idiotie (sclérose cérébrale infantile).

Hérédosyphilis probable (dystrophies et malformations multiples).

Amélioration depuis le traitement.

Antécédents et examens : né à terme. Accouchement normal.

Première dent : 6 mois. Marche : 3 ans $\frac{1}{2}$. Parole : ne parle pas. Propreté : n'est pas propre. Pas de troubles du caractère. Wassermann négatif.

Examen somatique : Microcéphalie très marquée. Méplat occipital. Malformations dentaires multiples : dents érodées, usées, incisives écartées et en tournevis. Imperforation vaginale. Réflexes normaux. Aucun autre signe physique.

Antécédents héréditaires : collatéraux : un enfant mort à 3 mois de bronchopneumonie.

Père : alcoolique. Son père : mort accidentellement. Sa mère : morte ? 5 frères et sœurs bien portants.

Mère : bien portante. Une fausse couche de 3 mois il y a 1 mois. Son père : mort de tuberculose. Sa mère : bien portante. 3 frères et sœurs bien portants.

Traitée (sulfarsénol) améliorée.

Amélioration considérable : éveil intellectuel, parle couramment.

OBSERVATION XIX

S. R..., 13 ans $\frac{1}{2}$.

Idiotie (Little).

Hérédo-syphilis probable.

Examen : Idiotie. Ne parle pas.

Syndrome de Little : impotence de la marche. Spasmodicité des membres inférieurs.

Babinski bilatéral.

Examen somatique : rien de particulier en dehors de ces signes.

Antécédents personnels : accouchement normal. Pre-

mière dent : 11 mois. Marche : 3 ans $\frac{1}{2}$. Parole : a dit quelques mots à 5 ans. Convulsions à 7 jours se répétant régulièrement jusqu'il y a 1 an.

Opéré des végétations à 7 ans.

Antécédents héréditaires : collatéraux : 2 enfants morts de gastro-entérite.

Père : tué à la guerre, était alcoolique. Son père ? Sa mère : bonne santé. 2 sœurs bien portantes.

Mère bien portante.

OBSERVATION XX

G. Gé..., 3 ans $\frac{1}{2}$.

Débilité mentale simple.

Hérédo-syphilis possible (quelques signes somatiques, quelques antécédents).

Examen mental : débilité intellectuelle marquée. L'enfant ne connaît que quelques mots.

Pas de troubles du caractère.

Examen somatique : dents mal plantées, crénelées. Voûte palatine ogivale ; méplat occipital ; Wassermann négatif.

Antécédents personnels : né à 8 mois $\frac{1}{2}$. Accouchement normal. Première dent : ? Marche : 19 mois. Marche encore assez mal. Parole : quelques mots à 2 ans. Propreté : n'a jamais été propre. Enurésie persistante. Convulsions à 3 semaines jusqu'à 6 mois. Opéré des végétations. Coqueluche à 3 ans. Rougeole avec broncho-pneumonie.

Antécédents héréditaires : collatéraux : 2 autres enfants : décédé de convulsions à 4 jours, l'autre bien portant, 2 ans. La mère n'a pas eu de fausses couches. Père : bien portant. Ses parents disparus pendant la guerre ? Une sœur bien portante.

Mère : congestion pulmonaire. Son père : mort tuberculeux à 42 ans. Sa mère : morte en couches à 29 ans.

Des signes somatiques peu caractéristiques et quelques antécédents nous permettent d'envisager l'étiologie spécifique sans que nous puissions l'affirmer.

OBSERVATION XXI

D. Ha.,..., 13 ans.

Troubles du caractère et instabilité, sans débilité intellectuelle ni perversions.

Hérédo-syphilis possible (quelques signes somatiques, quelques antécédents).

Examen mental : pas de débilité intellectuelle. Mais troubles du caractère. Instabilité très marquée. Indiscipline. Malhonnêteté. Pas de perversions : ni vols, ni fugues.

Examen somatique : pas de malformation dentaire. Voûte palatine ogivale. Ectopie testiculaire gauche.

Antécédents personnels : né à terme. Poids : normal. Accouchement normal. Premier développement normal.

Convulsions à l'âge de 2 mois. Rougeole.

Antécédents héréditaires : collatéraux. 3 enfants autres bien portants. Un mort (diarrhée infantile). Père : bien portant. Son père : mort à 83 ans. Sa mère : morte à 40 ans d'hémiplégie gauche. Un frère et une sœur bien portants.

Mère : bien portante. Une fausse couche avant la naissance de l'enfant. Son père : mort à 30 ans. Sa mère : aucun renseignement.

Il y a évidemment là quelques antécédents :

Grand'mère paternelle morte à 40 ans hémiplegique ;

La mère a fait une fausse couche ;

L'enfant lui-même a une ectopie testiculaire. Il y a là de quoi soupçonner la syphilis, mais pas de quoi l'affirmer.

OBSERVATION XXII

G. Ga..., 6 ans.

Débilité mentale et troubles du caractère.

Hérédo-syphilis possible (signes physiques) mais antécédents de tuberculose) nets, associés.

Examen mental : débilité intellectuelle (âge mental 3 ans).

Troubles du caractère : colères ; impulsivité. Etat épileptoïde.

Examen somatique : crâne un peu asymétrique: Méplat occipital. Incisives sup. biseautés et crénelées.

Strabisme convergent très accentué. Les pupilles réagissent normalement.

Séquelles d'hémi-parésie droite survenues après convulsions, marche spasmodique, réflexes vifs et polysynthétiques. Trépidation spinale. Babinski positif à droite.

Wassermann négatif.

P. L. — L. C. R. normal. Le Wasserman y est négatif.

Antécédents personnels : né à 7 mois $\frac{1}{2}$. Accouchement normal. Premières dents : 12 à 15 mois. Marche : 3 ans $\frac{1}{2}$. Parole : 4 ans. Propreté : 5 ans. Bronchite à 4 ans. Hernie double opérée à 3 ans. Crise convulsive il y a 18 mois. Cuti-réaction positive. L'enfant a été soigné à plusieurs reprises par des frictions mercurielles.

Antécédents héréditaires : Père : atteint de bronchite chronique. Son père : mort à la guerre. Sa mère et une sœur bien portantes.

Mère : tuberculeuse. Hémoptysies multiples. Son père : mort tuberculeux. Sa mère bien portante. A 3 sœurs, 2 tuberculeuses, une morte de tuberculose à 17 ans.

Il y a là évidemment bien des éléments en faveur de la syphilis (malformations, sequelles d'hémiparésie, strabisme interne, convulsions).

L'enfant a d'ailleurs été traité (frictions mercurielles).

Mais là une hérédité tuberculeuse est nettement associée, et la part qui revient à chacune des affections dans la genèse des troubles est impossible à établir.

OBSERVATION XXII

A. V..., 14 ans $\frac{1}{2}$.

Débilité intellectuelle avec troubles du caractère et perversions.

Hérédo-syphilis possible (quelques signes somatiques et convulsions mais antécédents de tuberculose et d'alcoolisme).

Examen mental : débilité intellectuelle prononcée : âge mental 9-10 ans. Retard scolaire de 2 ans. Troubles du caractère : instabilité (a fait 4 places en 2 mois).

Tendances perverses : mythomanie, vols, fugues (s'est sauvé 2 fois de Montesson).

Examen somatique : érosion dentaire : incisures transversales multiples, dents mal plantées. Voûte palatine très ogivale.

Antécédents personnels : né à terme. Accouchement normal. Première dent ? Marche : 15 mois. Propreté : 2 ans. A 6 mois convulsions (2 à 3 par jours pendant un mois, depuis pas de récidives).

Antécédents héréditaires : collatéraux : 9 autres enfants : 6 vivants bien portants. Un mort-né. Deux morts en bas âge, subitement.

Père : mort tuberculeux ; il était éthylique. Son père : inconnu. Sa mère : morte de tuberculose ; était éthylique. 2 frères éthyliques, tués à la guerre.

Mère : bien portante ; a fait 3 fausses couches de 3 mois. Son père : mort très âgé. Sa mère : morte d'un cancer. Un frère : bien portant.

Cas très complexe : hérédité spécifique très possible, mais associée à une hérédité de tuberculose et d'alcoolisme.

On ne peut rattacher là nettement les troubles mentaux à la syphilis.

OBSERVATION XXIV

J. Si..., 6 ans et demi.

Légère débilité intellectuelle avec troubles du caractère et perversions.

Hérédité douteuse (tuberculose ? syphilis ?)

Examen mental : très légère débilité intellectuelle : âge mental 5-6 ans. Perversions instinctives surtout génitales : masturbation.

Hétéro-masturbation. Masochisme.

Mythomanie. Vols. Instabilité. Inaffectivité.

Examen somatique : bonne denture. Oreilles ourlées, décollées.

Aucun autre signe somatique.

Wassermann négatif.

Antécédents : personnels : né à terme. Poids 5 kg.

Accouchement normal.

Première dent : 9

Marche : 2 ans.

Parole : 4 à 5 ans.

Maladies de l'enfance : diphtérie, rougeole.

Antécédents héréditaires :

Père : bien portant. Son père mort tuberculeux. Sa mère : (?)

Mère : bien portante. A eu 12 enfants : 6 sont vivants. 2 jumelles nées avant terme sont mortes au bout de quelques jours ; un enfant mort de rougeole ; un mort de méningite tuberculeuse à 2 ans ; 2 autres morts à 19 mois et 2 ans de méningite.

OBSERVATION XXV

P. Pr., 11 ans et demi.

Imbécillité avec troubles du caractère.

Etiologie douteuse.

Examen mental : imbécillité. Compréhension nulle.

Lecture et écriture mauvaises. Calcul nul. Retard scolaire presque entier.

Age mental : 6 ans.

Sensible. Emotif. Suggestibilité (répète les questions qu'on lui pose). Irritabilité.

Pas de perversions (ni fuges, ni vols).

Examen somatique : dents crénelées. Voûte palatine ogivale.

Corps thyroïde un peu gros.

Peau infiltrée.

Signes de prépuberté.

Réflexes normaux.

Wassermann négatif.

Antécédents personnels : né à terme. Accouchement normal.

Première dent : 4 mois.

Marche : 16 mois.

Parole : 2 ans et demi.

Propreté : pas encore acquise.

Maladies : rougeole, varicelle, coqueluche.

Pas de convulsions.

Antécédents héréditaires : collatéraux : un frère de 6 ans bien portant.

Père : paludéen. Son père : paludéen, ancien colonial.

Sa mère : morte jeune (?). Un frère et une sœur atteints de maladie de foie. Un frère éthylique.

Mère : faible, nerveuse. Son père : asthmatique. Sa mère : bien portante. Un frère mort à 16 mois de méningite.

OBSERVATION XXVI

Ch. Co..., 13 ans.

Débilité intellectuelle avec troubles du caractère.

Hérédité alcoolique.

Examen mental : débilité intellectuelle grave : âge mental 6 ans.

A rien appris à l'école : ne sait ni lire ni écrire.

Compte mal.

Troubles du caractère : coléreux, impulsif. Malignité.

Pas de vols. Pas de fugues.

Examen somatique : rien de particulier, sauf une implantation vicieuse de dents.

Antécédents personnels : convulsions avant 3 ans.

Antécédents héréditaires :

Père : alcoolique. Son père ; bien portant. Sa mère : bien portante. 5 frères et sœurs bien portants.

Mère : alcoolique. Son père alcoolique. Sa mère : alcoolique. Une sœur morte à 8 mois de méningite.

Conclusions

I. La syphilis héréditaire semble jouer un rôle important dans la genèse des troubles mentaux de l'enfance.

On la retrouve en effet, avec certitude chez les anormaux dans près de 40 % des cas. La grande fréquence des formes latentes ou difficiles à diagnostiquer, semble indiquer que cette proportion est inférieure à la réalité.

II. L'hérédo-syphilis l'emporte donc de beaucoup en fréquence sur toutes les autres étiologies qu'il est possible de relever dans les antécédents héréditaires (tuberculose, alcool, psychopathies) ou individuels (traumatismes obstétricaux, encéphalite, affections de l'enfance). Ces causes ne se retrouvent, en effet, nettement que dans 16 % des cas.

III. Les troubles que semble conditionner l'hérédité spécifique sont, avant tout, les troubles du développement intellectuel et surtout les troubles graves. Elle est la cause la plus fréquente de l'idiotie et de l'imbécillité ; elle se retrouve très souvent dans la simple débilité mentale, avec ou sans troubles du caractère.

IV. Elle est plus rare mais on peut cependant parfois la mettre en évidence nettement dans certains cas de troubles du caractère simples, associés ou non, à des perversions instinctives.

V. Le traitement médical des troubles mentaux de l'enfance se confondra donc dans la grande majorité des cas avec le traitement des formes dystrophiques de l'hérédo-syphilis.

Il ne faudra pas hésiter à instituer, dans les cas d'hérédo-syphilis probable, un traitement spécifique associé à un traitement opothérapique, celui-ci destiné à exercer son action sur les glandes à sécrétion interne.

Celles-ci fréquemment touchées par la syphilis semblent en effet représenter bien souvent le lien entre l'infection des parents et les troubles mentaux de l'enfant.

VI. Les résultats du traitement sont extrêmement variables. On cherche et on obtient plus d'améliorations que de guérisons.

Si l'action est surtout manifeste dans le domaine intellectuel elle paraît, dans quelques cas, s'exercer sur les troubles du caractère eux-mêmes.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

HENRI CLAUDE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- APERT. — Traité des maladies familiales et des maladies congénitales, Baillière, 1907.
- La recherche de l'hérédité syphilitique. — *Monde Médical*, 1925.
- L'opothérapie en thérapeutique infantile. — *Presse Médicale*, mai 1920.
- BABONNEIX. — Hérédo-syphilis et épilepsie. — *Monde Médical*, 1926.
- BARTHÉLEMY R. — Hérédosyphilis des glandes endocrines (lésions et symptômes) origine endocrinienne de certains troubles dystrophiques, Arnette, 1919.
- BLECHMAN. — Enquête sur la syphilis héréditaire. — *L'Hôpital*, nov. 1922.
- 38 interviews sur la syphilis héréditaire. — *Le Nourrisson*, n° 3, mars 1923.
- Que faut-il penser des 38 interviews sur la syphilis héréditaire ? — *L'Hôpital*, n° 84, décembre 1922.
- BINET et SIMON. — Les enfants anormaux.
- BONCOUR et PHILIPPE, — Les anomalies mentales des écoliers.
- CARLE (M.). — Quelques données nouvelles sur la transmission héréditaire de la syphilis (1^{er} mémoire). — *Journal de Médecine de Lyon*, mars 1923.

- CARLE (M.). — Sur la syphilis héréditaire : essai de délimitation clinique (2^e mémoire). — *Journal de Médecine de Lyon*, novembre 1923.
- Sur la syphilis héréditaire (3^e mémoire). — *Journal de Médecine de Lyon*, novembre 1923.
- Les nouvelles lois de l'hérédosyphilis. — *Presse Médicale*, 24 avril 1919.
- CLAUDE et GOUGEROT. — Insuffisance simultanée de plusieurs glandes à sécrétion interne. — *Société de Biologie*, déc. 1917.
- COMBY. — Sur la fréquence de l'hérédo-syphilis chez les nourrissons. — *Société de Pédiatrie de Paris*, déc. 1923.
- Comptes rendus du XIII^e Congrès International de Dermatologie et de Syphiligraphie.
- DAYRAS. — Transmission de la syphilis héréditaire. — Thèse de Paris, 1925.
- DOP. — De l'étiologie dans l'arriération mongolienne. Résultats d'une enquête menée dans les milieux hospitaliers et des recherches faites dans la littérature de ces vingt dernières années. — Thèse de Paris, 1923-24.
- DECHOLY. — Classification des enfants anormaux. — Congrès de l'éducation, Liège, 1905.
- FOURNIER (A.). — L'hérédité syphilitique, Paris, 1891.
- La syphilis héréditaire tardive, Paris, 1886.
- FOURNIER (EDM.). — Recherche et diagnostic de l'hérédo-syphilis tardive, Paris, 1907.
- Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis. — Thèse de Paris, 1898.
- Les stigmates de l'hérédosyphilis, 1911.
- La syphilis héréditaire de l'enfant (in Sergent-Ribadeau-Dumas, 1921, Maloine.
- Hérédosyphilis de 2^e génération, Rueff, 1905.
- GOUGEROT. — Le traitement de la syphilis, 1911.

- HEUYER. — Enfants anormaux et délinquants juvéniles.
— Thèse de Paris, 1913.
- HERYER et LONGCHAMPT. — Considérations sur les convulsions essentielles de l'enfance. — *Archives de Médecine des Enfants*, nov. 1926.
- HIGOUMANEKIS. — La syphilis héréditaire de 2^e génération et son traitement. — *Archives des Maladies vénériennes*, mai et juin 1924.
- HIGGINS. — Hérédosyphilis et troubles mentaux. — *J. of Med. Science*, 1918.
- HUTINEL et NADAL. — Les réveils de la syphilis héréditaire sous l'influence des infections aiguës banales ou spécifiques. — *Paris Médical*, déc. 1919.
- HUTINEL et BABONNEIX. — Les maladies des enfants.
- KAUS (PH.) AND SCHWAB. — Hereditary neuro-syphilis.
— *Arch. of Pediat.*, 1923.
- JULLIEN. — Hérédosyphilis. Descendance des hérédosyphilitiques. — Thèse de Paris, 1901.
- KURGEREY. — Le liquide cérébro-spinal dans 52 cas d'hérédo-syphilis. — *Journal of the medical association*, Chicago, fév. 1920.
- LACAPÈRE et VALLÉRY-RADOT. — Traitement de la syphilis héréditaire et de la syphilis infantile acquise (Maloine, 1922).
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Troubles psychiques dans les syndrome glandulaires. — *Revue de Médecine*, 1909.
- Congrès de prophylaxie des maladies vénériennes. — *Presse Médicale*, 1925.
- LEHNDORF. — La réaction de Wassermann chez les mères de nourrissons hérédosyphilitiques. — *Wien. Med. Wochensh.*, 1910.
- LEREDDE. — La syphilis et l'organisation de la lutte anti-syphilitique (Plon).

- Nouvelles études sur la syphilis, Paris, 1921.
- Le diagnostic de la syphilis et le traitement d'épreuve, Paris, 1921.
- La syphilis ignorée de la 1^{re} enfance. Le problème des méningites. — Soc. Dermatol., déc. 1923.
- Le problème de l'arriération mentale. — Soc. Dermatol., juin 1924.
- Essai sur le diagnostic de la syphilis héréditaire. — *Presse Médicale*, 4 avril 1923.
- LEROUX et LABBÉ. — Le séro-diagnostic dans l'hérédosyphilis. — *Annales des Maladies des Enfants*, déc. 1911.
- LEGH. — Hérédosyphilis et intelligence. — *Gazette Médicale*, Paris, 1916.
- LONGCHAMPT. — Etude sur quelques observations cliniques de convulsions de l'enfance. — Thèse de Paris, 1926.
- MARFAN. — Les convulsions dans la 1^{re} enfance. — *Presse Médicale*, avril 1921.
- Diagnostic de la syphilis congénitale des nouveau-nés et nourrissons. — *Presse Médicale*, janv. 1925.
- Le rachitisme. — *Presse Médicale*, 1923.
- MILIAN. — Hérédosyphilis de 2^e génération. — *Presse Médicale*, 23 nov. 1923.
- NOBÉCOURT. — Traitement de la syphilis infantile (in la Thérapeutique des maladies infectieuses collection Gilbert et Carnot, 1923).
- Leçons sur les convulsions de la petite enfance et de la syphilis congénitale, mai 1926.
- PEHU. — La syphilis infantile. — *Médecine infantile*, septembre 1924.
- PINARD (M.). — Prophylaxie de l'hérédosyphilis. — *Annales de Dermatologie*, 1907.

- SEZARY. — Quelques principes du traitement de la syphilis nerveuse. — *Monde Médical*, 1926.
- TIXIER. — Rapport sur la prophylaxie et le traitement de la syphilis infantile. — Congrès des Pédiatres de langue française, 30 septembre 1924.
- TIXIER. — Valeur de la réaction de B.-Wassermann en clinique infantile. — *Pédiatrie pratique*, 15 janv. 1921.
- TROISFONTAINE. — Syphilis héréditaire de 3^e génération. — *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1904.
-



W.P. COMMERCIALE PERRETTE, LIMOGES.



